Rok LXVIII. Kraków, dnia 10. kwietnia 1909. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia kazuistyczne.

Ostre rozszerzenie i niesprawność serca po jednorazowym wysiłku fizycznym z następowym zawałem krwawym nerki.

Opisał

Prof. Dr L. Korczyński.

Od ukazania się pracy Peacocka[1]) i podobnej do niej T. C. Albutta[2]), a zwłaszcza od czasu ogłoszenia spostrzeżeń Jana Seitza[3]), poczynionych w klinice Biermera w Zurychu, zwrócono w patologii chorób serca należytą uwagę na zmiany, jakie powstają w zachowaniu się serca pod wpływem wysiłków fizycznych i wprowadzono w zakres pojęć klinicznych, pojęcie przepracowania i znużenia mięśnia sercowego. Ustaliło się ono zupełnie dzięki rozprawom Bolingera[4]), Fraenzla[5]), Th. Schotta[6]), Leydena[7]), Krehla[8]), Romberga[9]), Riedera[10]) i innych wybitnych klinicystów niemieckich, a z biegiem czasu nabrała praca fizyczna jako czynnik etyologiczny nader wielkiego znaczenia, zwłaszcza gdy z rozwojem sportów mnożyć się zaczęły spostrzeżenia, wykazujące, jak często przez wysiłki fizyczne powstają trwałe lub przemijające zmiany w sprawności serca.

[1]) Peacock: cyt. według J. Seitza.

[2]) Th. C. Albutt: ibidem.

[3]) J. Seitz: Die Ueberanstrengung des Herzens. Deutsches Archiv. f. klin. Medizin XI, XII; oraz Berlin 1875.

[4]) Bollinger: Ueber die Häufigkeit und Ursachen der Herzhypertrophie in München. Deutsche med. Wochenschrift 1884.

[5]) Fraenzel: Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens. Berlin 1889.

[6]) Th. Schott: Zur akuten Ueberanstrengung des Herzens und deren Behandlung. Wiesbaden 1898.

[7]) v. Leyden: Ueber die Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung. Zeitschrift f. kl. Med. T. XI 1886.

[8]) Krehl: Die Erkrankungen des Herzmuskels itd. Nothnagels Spez. Pathol. u. Therap. inn. Krankh. T. XV 1.

[9]) Rohmberg: Die Krankheiten des Herzens und des Gefässes. Schwalbe u. Ebstein Handb. d. prakt. Med. T. I.

[10]) Rieder: Zur Kenntniss der Dilatation u. Hypertrophie des Herzens infolge von Ueberanstrengungen u. der idiopatischen Herzerkrankungen überhaupt. Deutsches Archiv. für klin. Med. LV.

Nadanie pracy fizycznej tego znaczenia nie oznacza jednak bynajmniej, ażeby przez to wolno było zapominać o innych czynnikach etyologicznych. Nie należy nawet uogólniać znaczenia samej pracy. Wpływ, wywierany przez nią na serce, zależy nietylko od jej wielkości i trwania, ale także od tego, czy osoba pracująca jest do pracy przygotowana i zaprawiona. Bardzo wyraźnie występuje to na jaw przy wszelkich ćwiczeniach sportowych. Inaczej działa sport, przy równych wynikach i przy równym zasobie sił, na tych, którzy do niego przywykli, inaczej na tych, którzy dopiero wprawiać się zaczynają. Nabycie wprawy, czyli wtrenowanie się, oznacza nietylko zwiększenie siły mięśni wogóle, a siły mięśnia sercowego w szczególności, ale także umiejętność harmonijnego i w sposób właściwy miarkowanego współdziałania układu mięśniowego, narządu krążenia i narządu oddechowego, jak niemniej układu nerwowego, zdolność, polegającą na tem, aby przy nieznacznem i nienagłem zużywaniu sił ustroju osiągnąć jak największą wydatność pracy.

Przez wprawę, nabytą ćwiczeniem, dojść można istotnie do bardzo wydatnych wyników pracy fizycznej. Ale w każdym razie są dla niej ostateczne granice, osobniczo niewątpliwie różne, poza które wykraczać nie wolno, bo przekroczenie sprowadzić musi rychlej lub później szkodliwe skutki dla narządu krążenia.

Następstwa takie zjawiają się tem łatwiej, gdy obok pracy, jako takiej, wchodzą w grę inne jeszcze czynniki.

Jednym z nich, a dla osób młodych, zresztą zdrowych, bodaj najważniejszym, jest budowa samego serca i naczyń. Przy budowie wątłej, czyli przy niedokształceniu narządu krążenia powstają nader łatwo zjawiska niesprawności serca. Podobne znaczenie mają także zmiany w składzie krwi i niektóre zaburzenia odżywcze jak otłuszczenie, chociażby niezbyt znaczne, skaza moczanowa i t. d. Na równi postawićby należało także znaczenie samego odżywiania się, które zwłaszcza u osób, przechodzących dopiero trenowanie i pragnących w krótkim czasie przez ograniczenie ilości i jakości pokarmów uzyskać zmniejszenie wagi ciała, trzeba brać w rachubę. Zresztą nawet i bez tego wywierać może chwilowy brak dostatecznego pożywienia ujemny wpływ na serce. Nie tak znów rzadko zdarza się spotykać ludzi, którzy na czczo nie mogą pracować, bo już po krótkiej pracy doznają objawów osłabienia serca. Niekorzystne działanie wyskoku, używanego stale i w większej ilości, zwłaszcza piwa, dalej czarnej kawy, u wielu osób także tytoniu, jest również je-

dnym z tych czynników, które pośrednio współdziałają w powstawaniu niesprawności serca skutkiem wysiłków.

Przy ocenianiu pośrednich przyczyn osłabienia serca stosunkowo za mało zwraca się uwagi na wpływ całego układu nerwowego i na znaczenie wzruszeń nerwowych, — zapewne nie dla tego, aby go nie uznawano, ale raczej z tej przyczyny, że tak zwane nerwowe zboczenia w czynności narządu krążenia i skutki ich na mięsień sercowy nie są jeszcze z całą ścisłością naukową poznane i rozebrane. A jednak stanowią one nader ważny współczynnik przy powstawaniu chorób serca i naczyń. Znaczenie ich jest tem większe, im większa wrażliwość ustroju, który bywa na nie narażony. Dlatego też cierpią przez nie więcej natury, obdarzone odczuwaniem subtelniejszem, panujące przytem nad swoim nastrojem, aniżeli natury płytsze, u których wrażenia przemijają szybko, nie zostawiają trwałych skutków psychicznych. Szczególnie szkodliwie działają stany pognębienia, powtarzające się częściej, — głównie przez swoją trwałość. Wszystkie te szczegóły podnoszą ponownie w ostatnich czasach z naciskiem Romberg[11]), a zwłaszcza Krehl[12]). Wpływy psychiczne odgrywają także znaczną rolę przy nadużyciach płciowych, gdzie czynniki nerwowe łączą się w jedną poniekąd całość z mechanicznymi.

Jeszcze większe pośrednie znaczenie dla powstawania znużenia serca po pracy posiadają wszelkie zmiany w samym mięśniu sercowym, bądź trwałe, jak otłuszczenie, zwyrodnienie włókniste, miażdżyca tętnic wieńcowych — bądź też przemijająee, spotykane po chorobach zakaźnych, zwłaszcza po durze brzusznym, grypie, błonicy i t. d.

O wszystkich tych szczegółach, o których wspomnieliśmy pobieżnie, należy pamiętać przy ocenianiu przypadków t. zw. roboczego wyczerpania serca, aby nie popaść w jednostronność. Bardzo często, jeśli nie najczęściej, tworzy przyczynę niesprawności nie sama tylko praca, a raczej składa się na nią więcej czynników. Zadaniem badania jest wyśledzić je i poznać dokładniej w każdym odpowiednim przypadku.

Niesprawność serca bywa zazwyczaj następstwem wpływów szkodliwych, działających przez czas dłuższy, lub powtarzających się stale; objawy jej rozwijają się wtedy zwolna i stopniowo się potęgują. Odnosi się to zwlaszcza do tych osób, dla których praca fizyczna jest pracą zawodową. Początek stanowi tu najczęściej przerost roboczy serca. Dopiero później dołącza się osłabienie i rozszerzenie, rozwijające się pod wpływem dalszych, nazbyt wielkich wysiłków. Przyczyna i skutek mają tu więcej przewlekłe cechy. Zdarzają się jednak przypadki, w których osłabienie serca i jego następstwa powstają nagle po jednorazowym wysiłku. Stanowią one drugi poniekąd typ odnośnych spostrzeżeń, w których i przyczyna i skutek ostro są zaznaczone. Spotykamy się z tym typem najczęściej u osób, oddających się sportowi, o wiele rzadziej u ludzi, pracujących stale fizycznie. To też opisy przypadków, należących właśnie do tej grupy, bardzo są tylko nieliczne, — w pewnej części dlatego, że sporo materyału ginie dla piśmiennictwa z łatwo zresztą zrozumiałych przyczyn, w części i dla tego, że objawy nie są tak znaczne, aby swem nasileniem wprost zwracały uwagę. To, czem się nasze piśmiennictwo w sprawie ostrego wyczerpania serca wykazać może, pochodzi w przeważnej mierze z klinik i wielkich szpitali, położonych w centrach wielkiego przemysłu z jego gorączkowem życiem i daje nam najczęściej obrazy najcięższych przypadków. Ogół lekarzy fabrycznych, lub zajętych w kasach chorych, nie może wprost dla braku czasu przekazywać nawet ciężkich schorzeń serca po pracy czasopismom lekarskim; schorzenia lżejsze nie zajmują najczęściej zupełnie uwagi. Wobec tego i kazuistyka czystych spostrzeżeń nie może być obszerna. W piśmiennictwie polskiem nie ma, o ile osądzić mogę, zupełnie opisów takich przypadków. Tem bardziej więc uważam za obowiązek streścić, jako przykład ostrej niesprawności serca, spostrzeżenie, pochodzące z mojego oddziału w Sarajewie. Nie będzie ono miało wprawdzie tego znaczenia, jakie mają opisy przypadków chorób u naszej ludności, ale w każdym razie bodaj w części wypełni brak w naszem piśmiennictwie klinicznem.



Ibro Nizić, lat 23, wyznania Mahometańskiego, syn kmiecia z Busježeva w Bośnii, przyjęty na oddział 8 listopada 1907. Pochodzi z rodziny zdrowej; przed dwoma laty przebył jakąś dłuższą chorobę (prawdopodobnie dur brzuszny), której ani nazwać ani dokładnie opisać nie umie. Podaje tylko, że gorączkował, miał silny ból głowy i był bardzo osłabiony. Zresztą rzekomo nigdy nie chorował.

Przed tygodniem, czyli 1 listopada, pomagał przy wtłaczaniu na szyny wykolejonego wozu i pracował z wielkim wysiłkiem. Bezpośrednio po wsunięciu wozu poczuł przykry ból w okolicy serca, rozprzestrzeniający się na klatkę piersiową z przodu i z tyłu, doznał przykrej duszności, a wraz z tem wystąpiło tak znaczne osłabienie, że musiał się położyć, bo wprost nie mógł ustać na nogach. Od tej chwili leżał wprawdzie w łóżku, ale nie stale, od czasu do czasu wstawał i próbował chodzić. Po ruchach robiło mu się zawsze gorzej. Na trzeci dzień od początku choroby, po wstaniu i po kilku krokach, uczynionych w izbie, uczuł silny ból w krzyżach po stronie lewej, a wkrótce potem spostrzegł, że mocz jego jest krwawo zabarwiony. Stan ten utrzymuje się do tej chwili.

Badanie chorego, wykonane niedługo po przyjęciu, wykazało stan następujący:

Chory, bardzo osłabiony, nie może się o własnych siłach utrzymać na nogach; trudność sprawia mu nawet siedzenie na łóżku, w części dlatego, że nie ma sił po temu, w części zaś z powodu zwiększającej się duszności, bolu i uczucia niepokoju w okolicy serca oraz nieznośnego bicia serca.

Wzrost średni, budowa kośćca dobra, odżywienie również dobre, mięśnie silnie rozwinięte. Skóra sinawa. Wyraźną sinicę

11) Romberg: l. c.

12) Krehl l. c.

widać na końcach palców u rąk i nóg, oraz na wargach. Żyły skórne rozszerzone bardzo wyraźnie. Około kostek i na goleniach ślad obrzęku.

Klatka piersiowa dobrze zbudowana. Oddech przyspieszony i nasilony. Chory mówi cicho, powoli, z widocznym wysiłkiem, urywanemi słowami. Odgłos opukowy nad płucami jawny. Szmery oddechowe szorstkie, wszędzie sporo suchych rzężeń, w dole rzężenie wilgotne, nieżytowe. Plwocina skąpa nieżytowa z domieszką krwi w postaci dość licznych żyłek. Kaszel niezbyt częsty, krótki. Uderzenie serca rozlane, faliste. Uderzenie końca serca w VI. międzyżebrzu około 2 cm. na lewo od linii sutkowej, rozlane, słabe. Stłumienie serca rozpoczyna się na górnym brzegu IV żebra; ku stronie lewej wykracza około 2 cm. poza linię sutkową, ku stronie prawej sięga do linii mostkowej prawej. Tony serca bardzo głuche, I. ton nad komorą lewą ma już raczej cechy szmeru. Tętno przyspieszone, 130—140 uderzeń na minutę, — nierówne, tak co do wielkości, jak i co do kolejności pojedyńczych fal, przytem miękkie, fale tętna małe. Na obrazie sfigmograficznym (ryc. 1) widać dokładnie te szczegóły. Na uwagę i podniesienie zasługuje nadto słabe rozwinięcie tętnic, dostępnych badaniu. Szerokość tętnic i grubość ich ścian nie odpowiadają bynajmniej wiekowi chorego i budowie jego ciała.

Brzuch nieco wzdęty, — chory od 2 dni nie miał wypróżnień. Wątroba pod łukiem macalna, nieco bolesna przy ucisku. Obszaru stłumienia wątroby nie można dokładnie oznaczyć wobec wypełnienia kiszek. Śledziona nie macalna. W jamie brzusznej płynu wolnego niema. Okolica lędźwiowa lewa przy ucisku bolesna. Ból powstaje także przy głębszem obmacywaniu nerki lewej od przodu. Mocz krwawo zabarwiony, o ć. wł. 1·025, zawiera sporo białka.

Wobec znacznego osłabienia serca wstrzyknięto pod skórę 3 cm³ rozczynu oliwnego kamfory. Do zażywania dostał digalen i kofeinę, na okolicę serca zalecono ochładzacz z wodą lodową.

Najważniejsze szczegóły z dalszego przebiegu były następujące:

9/11. W nocy spał chory bardzo niewiele, był jednak względnie dość spokojny. Ciepłota ciała prawidłowa. Wejrzenie ogólne lepsze, sinica mniejsza. Mocz w ilości 450 cm³ z 12 godzin zawiera, jak poprzednio, krew i białko. Ilość białka (Essbach) 2°/₀₀. W osadzie ciałka krwi, kryształy kw. moczowego i moczany. Obrzęk około kostek ustąpił. Wątroba niebolesna, okolica lędźwiowa mniej wrażliwa na ucisk. Uderzenie końca serca zbliżyło się znacznie do linii sutkowej. Stłumienie serca mniejsze, ale ku stronie prawej przekracza jeszcze linię środkową ciała. Tony głuche, nad komorą lewą nie słychać już jednak wczorajszego szmeru, tętno równiejsze, rzadsze, 100 uderzeń na minutę.

10/11 zapisano w historyi choroby: Stan chorego znacznie lepszy. Wątroba i okolica nerki lewej nie bolesne. Nieżyt oskrzelowy utrzymuje się w małym stopniu, kaszel bardzo lekki, plwocina śluzowa. Uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu w linii sutkowej. Stłumienie serca o tyle jeszcze większe od prawidłowego, że prawa granica sięga linii środkowej. Tony czyste, jeszcze słabe. Tętno 100 uderzeń na minutę. Mocz w ilości 2200 cm³, ć. wł. 1·015, krwi ani białka nie zawiera.

12/11 Chory czuje się podmiotowo zupełnie dobrze. Tętno 84, gdy leży; podnosi się jednak znacznie, bo do 112, w postawie siedzącej. Nawet po kilkakrotnem podniesieniu się w łóżku nie ma chory właściwej duszności, ale mimo to występuje przyspieszenie oddechów, a skóra blednie. Stan serca taki sam, jak wczoraj. Mocz w ilości 2250 cm³, o ć. wł. 1014, ma skład prawidłowy. Leczenie polega na dalszem stosowaniu ochładzacza na serce, digalen zastąpiono nalewką strofantusa.

14/11. Rodzina chorego pragnie go zabrać do domu i obstaje przy tem życzeniu mimo odradzania ze strony lekarzy. Stan chorego był w tym dniu następujący:

Zabarwienie skóry prawidłowe, oddech spokojny, zupełnie nie przyspieszony. Szmery oddechowe wszędzie pęcherzykowe, rzężeń nigdzie nie słychać. Uderzenie końca serca w linii sutkowej w V. międzyżebrzu. Stłumienie serca przekracza jeszcze cokolwiek ku stronie prawej lewą linię mostkową. Tony serca czyste. Tętno 86 w minucie, równe, miernie napięte. Wątroba niemacalna. Moczu z ostatniej doby 2100 cm³ c. wł. 1014, składników nieprawidłowych nie ma.



Pozornie mogłoby się po tym wyniku badania wydawać, że serce powróciło do dawnego stanu, przynajmniej mięsień komory lewej. Przeczy temu jednak obraz, jaki chory przedstawiał po zebraniu się i po kilku nieco szybszych ruchach, które polecono mu wykonać, ażeby ocenić wpływ ruchu na serce. Zaznaczył on się natychmiast zbladnięciem skóry i nader znacznem przyspieszeniem tętna. Liczba jego dosięgła 150 uderzeń w minucie, tętno stało się miększem, nierównem, a na krzywej tętna (ryc. 2) uwydatnił się nader wyraźnie wpływ ruchów oddechowych, — szczegół, który na podstawie mojego doświadczenia byłbym skłonny poczytywać za objaw osłabienia przedewszystkiem prawej połowy serca.

Rozbierając krytycznie streszczone powyżej spostrzeżenie, należy się najpierw zastanowić nad pytaniem, czy istotnie jednorazowy wysiłek był tu przyczyną nagłego osłabienia serca, poprzednio zupełnie zdrowego. Sądzę, że odpowiedzieć na nie trzeba twierdząco. Przemawiają za tem wywiady, z których wynika, że chory poprzednio nie doznawał przypadłości ze strony serca, a dalej że w ciągu ostatnich dwóch lat nigdy nie zapadał na zdrowiu. Na korzyść tego zapatrywania przemawia także wynik przedmiotowego badania serca w ciągu obserwacyi szpitalnej, niedostarczający żadnych podstaw dla rozpoznawania jakiejkolwiek przewlekłej choroby wsierdzia, osierdzia lub samego mięśnia sercowego. Gdyby choroba taka istniała, nie byłoby serce wróciło w przeciągu niezbyt długiego czasu do względnej równowagi, a chory nie miałby był tego poczucia, że może powrócić do domu i że zniesie dobrze ten powrót.

Dlaczego jednak u naszego chorego nie mogło serce podołać tej samej pracy fizycznej, jakiej podołało u jego współtowarzyszów? Złożyć się na to mogło i prawdopodobnie złożyło więcej czynników. Za najważniejszy z nich poczytać niewątpliwie trzeba szczegół, podniesiony przy kreśleniu stanu chorego podczas pierwszego badania, t. j. niedokształcenie tętnic. Naczynia jego były tak wązkie, ściany ich tak cienkie, jak u kilkunastoletniego chłopca. Nie ulega chyba najmniejszej wątpliwości, że i serce miało taką samą wątłą budowę. Mieliśmy więc przed sobą człowieka z układem naczyniowym słabo rozwiniętym. Siła, jaką serce rozporządzało, wystarczała do zwykłej pracy wieśniaczej, ale była za mała do pracy większej.

Pewną rolę, może nawet największą, odegrał także brak przyzwyczajenia, nieumiejętność należytego, umiarkowanego zużytkowywania sił. W rachubę wziąść tu jednak

trzeba jeszcze jeden czynnik, dotychczas, o ile osądzić mogę, prawie zupełnie nieuwzględniony. Jest nim stosunek między siłą mięśni wogóle, a siłą serca. Tam, gdzie stosunek ten jest należyty, t. zn., gdzie mięśnie w porównaniu z sercem, — mamy naturalnie na myśli serce zdrowe, — nie są za silnie rozwinięte, nie może tak łatwo powstać znużenie i wyczerpanie serca, bo strzeże przed niem zjawiająca się niemoc mięśni ciała, znużonych pracą, a więc niezdolnych dalej pracować. W naszym przypadku były mięśnie istotnie dobrze rozwinięte, siła ich była znaczna, wytrzymałość aż nadto dostateczna. To też chory ufał tym mięśniom, a nie czując w nich zmęczenia, wysilił się ponad miarę wytrzymałości swojego serca. Niejakie znaczenie miał zapewne i nastrój psychiczny, ambicya, aby więcej dokazać, aniżeli inni, i pochwalić się większą siłą. Praca odbywała się przeto pod wpływem i wśród afektu, szczegół, o którym zawsze pamiętać należy, a na który z naciskiem wskazuje Krehl [13]), przypisując mu znaczny wpływ przy powstawaniu znużenia serca skutkiem pracy.

Ażeby wyczerpać wszystkie szczegóły, wskazać jeszcze trzeba na warunki samej pracy. Były one bezsprzecznie nader niekorzystne. Przy podważaniu wozu zapomocą drąga, zastępującego dźwignię, zajmować musi pracujący położenie zgięte, a przytem cierpi sprawa oddychania i krążenia płucnego. Tym ostatnim szczegółem wytłómaczyć można znaczne rozszerzenie komory prawej i osłabienie prawej połowy serca, utrzymujące się dłużej, aniżeli rozszerzenie komory lewej.

Stopień uszkodzenia mięśnia sercowego pod względem czynnościowym był w opisanym przypadku niewątpliwie bardzo znaczny. Wynika to nietylko ze stanu samego serca i dość długiego utrzymywania się jego niedomogi, ale także i z tego, że jako powikłanie powstał zawał krwawy w lewej nerce. Tylko w ten sposób można było wytłómaczyć nagłe pojawienie się bolu w lewej okolicy lędźwiowej, białkomocz i obecność znacznej ilości krwi w moczu. Rychłe ustąpienie tych objawów usprawiedliwiało najzupełniej rozpoznanie zawału. Źródłem jego były skrzepy w komorze lewej, które albo wprost w niej się wytworzyły, albo też, co prawdopodobniejsze, powstały w przedsionku, względnie w uszku lewem i z krwią spłynęły do komory. Świadczy to samo przez się o znacznem osłabieniu serca i słabem krążeniu w jamach sercowych.

Mimo ciężkości objawów był przebieg choroby pomyślny, — o tyle przynajmniej, że serce kurczyło się, objawy zastoju w krążeniu ustąpiły zupełnie, a chory po czternastu dniach w tym stopniu odzyskał siły, że mógł wyjść ze szpitala. Nie oznacza to jednak bynajmniej, ażeby sprawność serca była wtedy już zupełnie prawidłowa. Skutki znużenia znać jeszcze było wyraźnie i po rozszerzeniu, jakkolwiek nieznacznem, komory prawej i po owej chwiejności *(labilitas)* ruchów serca, która tak bardzo cechuje osłabienie mięśnia sercowego. Że utrzymywały się one jeszcze przez czas dłuższy poza szpitalem, zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, a tylko z pewnem prawdopodobieństwem można utrzymywać, że ustąpiły zupełnie. Przemawia zaś za tem prawdopodobieństwem najpierw młody wiek chorego, a dalej brak dawniejszych zmian w sercu, jak niemniej ta okoliczność, że znużenie serca pojawiło się po raz pierwszy. Osobiście byłbym skłonny przypuścić, że serce chorego istotnie powróciło do pierwotnego stanu. Gdyby było inaczej byłby chory niewątpliwie zwrócił się znowu o radę i pomoc do szpitala, w którym według własnego pojęcia i pojęcia swej rodziny odzyskał zdrowie.

Przebieg sprawy w przypadkach ostrego wyczerpania serca nie zawsze jednak bywa korzystny. Po nadmiernych wysiłkach, zwłaszcza powtarzanych, przydarzają się przypadki śmierci, nawet nagłej, gdzie zupełnie słusznie mówić można o ostrem porażeniu serca; albo też rozwija się przewlekła niedomoga, wiodąca ostatecznie w dłuższym lub krótszym przeciągu czasu do zejścia niepomyślnego.

Co stanowi istotę takiego osłabienia i jakie jego podstawy anatomiczne? Odpowiedzi zupełnie wyczerpującej, zadowalającej w każdym kierunku, nie możemy jeszcze niestety dać na to pytanie. Ale w każdym razie posiadamy pewne wskazówki, aby pokusić się o częściowe przynajmniej rozjaśnienie istoty niesprawności serca po wysiłkach fizycznych.

Nieodzownym warunkiem wydatniejszej pracy, względnie jej następstwem i to doraźnem, jest obfitszy i szybszy dopływ krwi do mięśni, a więe tem samem wydatniejsza praca serca. Gdybyśmy tę większą jego pracę rozczłonkować chcieli według przyczyn, które ją wzniecają, położylibyśmy część pewną na karb znacznej ilości krwi, wyrzucanej przy każdym skurczu i na pomnożenie liczby skurczów, część drugą na karb większych oporów w krążeniu, zależnych od znaczniejszego wypełnienia naczyń. Jak bardzo zwiększa się ilość krwi w pracujących mięśniach, dowodzą badania Ludwiga [14]), wykazujące, że ilość krwi przepływającej w przeciągu minuty przez mięsień spoczywający wynosi 15% jego wagi, przy miernej pracy 85%. Opory te wyrównują się wprawdzie w pewnej części przez to, że naczynia, skutkiem większego wytwarzania ciepła przez pracę i szybszych ruchów oddechowych, wiotczeją, a więc poddają się łatwiej działaniu siły tłoczącej serca, ale z drugiej strony to zwiotczenie, o ile jest bardzo znaczne, wpływa do pewnego stopnia niekorzystnie, bo przez nie pozostaje w naczyniach znaczniejsza ilość krwi, skutkiem czego przybywa znów nadwyżka dla pracy serca.

Wzmożona czynność mięśni pociąga jeszcze za sobą, jako bezpośrednie następstwo, energiczniejsze spalanie materyałów odżywczych, a więc i znaczniejsze wydzielanie wytworów spalenia, w pierwszym rzędzie bezwodnika kwasu węglowego. Potrzeba bardzo żywej wymiany gazów, przyspieszenia i pogłębienia oddechów, a wraz z tem obfitszy szybszy dopływ krwi do płuc jest więc naturalnym dalszym wynikiem pracy fizycznej. Tu leży nowe źródło dla wydatniejszego działania serca.

Ażeby wszystkim większym wymaganiom stało się zadość, muszą zajść w czynności serca odpowiednie zmiany, przez które w jamach jego w czasie każdej ewolucyi zmieści się większa ilość krwi, przyspieszy się rytm uderzeń i zwiększy siła każdego skurczu. Potrzeba na to rozszerzenia pojemności jam, większego naczulenia mięśnia i skró-

[13]) Krehl l. c.

[14]) Ludwig Cyt. według Mendelsohna. Deutsche med. Wochenschrift 1896 Nr. 18.

cenia okresu bezwrażliwości *(stadium refractionis)*, a wreszcie wzmożenia kurczliwości włókien mięsnych. Zadania te teoretycznie sformułowane i uzasadnione, godzą się najzupełniej z rzeczywistością. Przekonać się o tem bardzo łatwo przez porównanie czynności narządu krążenia w spoczynku i przy pracy, względnie bezpośrednio po pracy.

Rozszerzenie serca skutkiem pracy fizycznej stwierdzone zostało jako objaw przemijający dość już dawno przez Schotta, ostatecznie także zapomocą badania promieniami Roentgena. Moje[15]) własne spostrzeżenia, poczynione na całym szeregu młodych, zdrowych osób, dały ten sam wynik. O wznowieniu wrażliwości mięśnia sercowego na działanie samorodnych bodźców i o rychlejszem wzniecaniu rytmicznych podniet świadczy już samo przez się przyspieszenie ruchów serca. U niektórych osób wzrastać może wrażliwość do tego stopnia, że staje się wprost nadmierną, a niekiedy pojawiają się nawet skutkiem tego skurcze dodatkowe, mącące właściwy rytm ruchów serca i nadające mu cechy niemiarowości *(arythmia)*[17]). Jako dowód silniejszych energiczniejszych skurczów służy większe parcie krwi w tętnicach, powstające mimoto, że światło tętnic jest szersze, a w równej mierze także właściwości przebiegu krzywych tętna, na których wyczytać można wzmożoną siłę skurczów nie tylko z wysokości fal tętna, ale także ze stosunku między czasem trwania skurczu i rozkurczu[18]).

Wszystkie te szczegóły, uzyskane przez bezpośrednie spostrzeganie, usprawiedliwiają najzupełniej nasze poglądy o sprawności prawidłowego serca, albo, wyrażając się zupełnie jasno, o jego zdolności zastosowywania się do wymagań ustroju. Za Rosenbachem[19]) tłómaczymy ją sobie w ten sposób, że przyjmujemy istnienie t. zw. sił zapasowych. One to właśnie sprawiają, że mięsień sercowy może się przy większej pracy częściej i silniej kurczyć i rozkurczać. Skutkiem ich współdziałania zwiększa się i szybkość fal tętna i parcia krwi, jako wyraz silniejszego skurczu, a wielkość fal jako następstwo wydatniejszego rozkurczu — *hyperdiastole* Rosenbacha[20]).

Godząc się z zapatrywaniem, o ile mi się wydaje najzupełniej słusznem, że rozkurcz serca nie jest biernym tylko aktem, przyznać musimy tem samem, że stopień rozkurczu a więc i pojemność jam serca w tym okresie ewolucyi serca może się zmieniać czynnie zupełnie w ten sam sposób, w jaki się zmienia skurcz serca, a w dalszem logicznem następstwie uznać, że przy większej pracy powstaje czynne rozszerzenie serca[21]), również jako wyraz dostosowywania się, jako objaw działających wtedy sił zapasowych. Rozszerzenie to nie ma nic wspólnego z właściwem rozszerzeniem serca, rozwijającem się skutkiem osłabienia serca i trwa, w przeciwieństwie do niego, tylko tak długo, jak tego wymaga istotna potrzeba.

Przez systematycznie powtarzaną pracę fizyczną w granicach osobniczej wytrzymałości ustroju osiągnąć wszakże można, zwłaszcza u ludzi młodych, zdolnych do rozwijania swych sił, stałe powiększenie albo raczej znaczniejszy rozrost serca, — zupełnie zresztą tak samo, jak przez ćwiczenie osiąga się przybytek objętości i zwiększenie jędrności i siły mięśni kończyn i tułowia. W ostatnich już czasach wykazał takie zdrowe, fizyologiczne powiększanie się serca u żołnierzy i młodych robotników Schieffer[22]) zapomocą prześwietlania promieniami Roentgena i dostatecznie, zdaje się udowodnił to, co wydawało się nietylko zupełnie naturalnem z punktu widzenia fizyologii, ale za czem przemawiały także spostrzeżenia z codziennego życia. — Dla uniknięcia jakiegokolwiek nieporozumienia i tu także zaznaczyć trzeba, że powiększenie serca, o którem wspominamy, nie jest równoznaczne z roboczym przerostem serca. Powiększenie jest wyrazem rozwoju, oznacza przybytek sił, przerost roboczy jest raczej dążeniem wyrównawczem, zjawiskiem, wkraczającem już w dziedzinę patologii.

Siły zapasowe serca, osobniczo niewątpliwie różne, wyczerpują się tak samo, jak siła mięśni wogóle. O mięśniach mówimy, że się nużą. Fizyologia dała nam nawet poznać niektóre związki i ciała chemiczne złożone, które znużenie czyli osłabienie mięśni wywołują, a doświadczenia Mosso'a[23]) wykazały, że we krwi znużonych zwierząt znajdują się takie ciała i że po wstrzyknięciu ich krwi zwierzęciu zupełnie prawidłowemu wywołać można wybitne objawy znużenia.

Najważniejszym z tych objawów, spostrzeganych na mięśniu, jest stopniowe słabnięcie skurczów, powstających przez powtarzane drażnienie, a wreszcie brak ich zupełny, jako wyraz ostatecznego wyczerpania. Drugi ważny objaw stanowi zmiejszenie sprężystości. Mięsień znużony rozciąga się trudniej, a wyciągnięty nie powraca dość skoro do pierwotnego stanu.

Jeśli te dwie, najważniejsze dla nas w danej chwili właściwości spracowanych mięśni, odniesiemy do serca, to łatwo przyjdzie stworzyć sobie obraz następstw nadmiernej pracy. Znużony mięsień sercowy nie może podczas skurczu przezwyciężyć parcia krwi zupełnie dokładnie, z komór wypływa do tętnic tylko pewna jej część, reszta, mniej lub więcej znaczna ponad ilość prawidłową, zostaje. Następuje rozkurcz. Z żył spływa do serca krew nowa i wszystka zmieścić się nie może. Do zaległości w sercu przybywają teraz zaległości w żyłach głównych i w żyłach płucnych i tak zmienia się rozdzielenie krwi w ustroju, powstają nowe opory, a dla serca tworzą się coraz bardziej niekorzystne warunki. O ile w tym okresie, w samym zaczątku nie sprawności serca, nie ustanie praca, mięsień sercowy nie zazna spoczynku, powstać muszą dalsze, poważniejsze zmiany. A powstać mogą tem rychlej, skoro przy ogólnem już nieprawidłowem krążeniu cierpi z konieczności także krążenie w naczyniach wieńcowych i to właśnie wtedy, kiedy mięsień sercowy potrzebowałby szybszego krążenia i obfitszego dowozu niezbędnych przy znaczniejszej pracy materyałów pożywczych. W tych to warunkach powstaje ostre bierne —

[15]) L. Korczyński. O sprawności serca i o jej ocenianiu. Przegl. lek. 1907.

[17]) Por. L. Korczyński: O skurczach dodatkowych serca. Przegl. lek. 1906.

[18]) L. Korczyński. Cyt. por. 16.

[19]) O. Rosenbach: Grundriss der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten. Berlin 1899.

[20]) L. c.

[21]) Por. O. Rosenbach l. c. i Hans Herz: Ueber die active Dilatation des Herzens. Deutsche med. Wochschft 1900.

[22]) Schieffer: Einfluss des Militärdienstes und der Berufsarbeit auf die Herzgrösse. Deutsches Archiv. für klin. Med. T. XCII.

[23]) Cyt. według Landoisa: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, wyd. XI 1905.

asteniczne — rozszerzenie serca. Z chwilą, kiedy ono powstało, zjawiają się wyraźne objawy wyczerpania i osłabienia ogólnego, tak już wielkiego, że wszelka praca ustać musi.

Naszkicowaliśmy w ten sposób rozwój niesprawności ostrej tak, jak ją pojmujemy i tłómaczymy powszechnie. Krehl[24]) idzie jeszcze nieco dalej za biegiem tej samej myśli i, oględnie wprawdzie, ale bądź co bądź wyraźnie i otwarcie wypowiada przypuszczenie, że serce, rozszerzone skutkiem wygórowanych oporów i wzmożonego nad wszelką miarę parcia, podlega innym jeszcze, anatomicznym zmianom, że w ugrupowaniu wzajemnem włókien, a nawet drobnych pęczków mięśniowych powstawać mogą wprost mechaniczne, w pojęciu fizyologicznem już grube zboczenia. Ciężkie następstwa znużenia, a nawet nagła śmierć skutkiem porażenia ruchu serca byłaby w takich razach nader łatwo zrozumiała.

Wywody Krehla są jednak na razie, co zresztą i on sam zaznacza, niczem więcej, jak tylko przypuszczeniem i pozostaną niem tak długo, dopóki przez ścisłe histologiczne badania, — nawiasowo mówiąc bardzo mozolne, — nie powiedzie się w przypadkach nagłej śmierci po nadmiernych wysiłkach fizycznych wykryć i ustalić zmiany w utkaniu mięśnia sercowego.

Na razie zadowolić się musimy tem tylko, czego nas uczy fizyologia o sprawności mięśni wogóle, o wyczerpaniu się ich siły i o potrzebie spoczynku, oraz tem, co wiemy z dawniejszych badań Harveya, Ludwiga, Mareya, Landoisa, Bowdischa i w. i., a z nowszych Engelmanna, jego uczniów i naśladowców, o mięśniu sercowym. Na podstawie tych wiadomości uważaćby należało niesprawność znużonego serca w pierwszym rzędzie za objaw zatrucia t. zw. wytworami znużenia, a w dalszym dopiero za następstwo zmian molekularnych, czy też wprost już anatomicznych w mięśniu sercowym. Dla ostatecznego rozstrzygnięcia sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie dojrzałą.

Nie o wiele lepiej ma się rzecz z pojmowaniem, w duchu anatomicznym, tych przypadków, w których, czy to po jednorazowym wysiłku, czy też po powtarzanych wielokrotnie, wytworzyła się przewlekła niesprawność, serca i wywołała śmierć wśród zwykłych objawów niedomogi mięśnia sercowego. Wynika to niedwuznacznie z prac, poświęconych zbadaniu tej sprawy.

Jednym z pierwszych, który zajął się dokładniej stroną anatomiczną badań w przypadkach znużenia serca i następowej niesprawności, był Bollinger[25]). Rozległe badania jego i jego uczniów nie wykryły nic cechującego. Do podobnych wyników doszedł także Leyden[26]) w pracy, opartej na czterech spostrzeżeniach, poddanych później badaniu pośmiertnemu.

Stałem zjawiskiem było w tych przypadkach rozszerzenie serca, zwykle znaczniejsze po stronie lewej, aniżeli po prawej, oraz kulisty kształt końca serca. Przerost miernego stopnia można było stwierdzić w jednym przypadku; w dwóch znaleziono ściany cieńsze, w jednym mniej więcej prawidłowej grubości. Prawie stale spotykano dawne

[24]) Krehl: l. c.
[25]) Bollinger: l. c.
[26]) Leyden: l. c.

skrzepy, t. zw. polipy sercowe, usadowione w najbliższem sąsiedztwie końca serca między beleczkami mięsnemi. W obecności ich upatruje Leyden dowodu na to, że serce kurczyło się słabo i niedokładnie. Między ilością i wielkością »polipów«, a stopniem rozszerzenia serca nie można było stwierdzić stałego stosunku. Tyle co do zmian, dostrzegalnych gołem okiem. Zmiany drobnowidowe nie były ani stałe, ani cechujące. Prawie stałe spotykano zwyrodnienie tłuszczowe, rozsiane w małych ogniskach. W jednym przypadku nie stwierdzono żadnych zmian.

Streszczając wynik tych badań podnosi Leyden, że na ich podstawie nie można skreślić obrazu anatomicznego, któryby cechował zmiany w sercu osób, zmarłych śród objawów niesprawności serca, wywołanej przepracowaniem, a niesprawność poczytuje za następstwo nadmiernego rozciągnięcia serca.

Do tychsamych poglądów przyznaje się ogół badaczów, między nimi także i Krehl. Ale Krehla niezadowoliło przyjmowanie samego tylko rozciągnięcia (Ueberdehnung) mięśnia sercowego dla wytłómaczenia przewlekłej niesprawności serca po »przepracowaniu«. Sięgając do patologii tego narządu wogóle wypowiada zdanie, że w następstwie owego rozciągnięcia powstawać muszą dalsze zmiany anatomiczne bądź w samych włóknach mięsnych, bądź w tkance podścieliskowej i że dopiero istnienie tych zmian tłómaczy dostatecznie przebieg choroby i ostateczne niepomyślne zejście. Wywody jego są niewątpliwie bardzo logiczne, ale nie można ich poczytywać za rozstrzygające chociażby już z tego powodu, że w takich przewlekłych przypadkach, jak słusznie podnosi Rieder[27]), nigdy nie mamy bezwzględnej pewności, czy zmiany, wykryte przy badaniu pośmiertnem, nie istniały już dawniej i czy one właśnie nie były jedną z tych pośrednich przyczyn, które sprowadziły niesprawność po wysiłku fizycznym.

Serodyagnostyka kiły zapomocą odczynu Wassermanna.

Podali

Dr A. Modrzewski i Dr J. Reize.

(Dokończenie).

Podobnych przypadków można wiele przytoczyć z piśmiennictwa.

Łatwo teraz zrozumieć, jak poważną rolę może odegrać odczyn Wassermanna i dla określenia stopnia rozszerzenia się przymiotu w rodzinie, gdzie rodzice lub ktokolwiek z domowników chory jest na przymiot i mógł zarazić otoczenie.

U kobiet ciężarnych, podejrzanych o przymiot, jedynie tylko odczyn Wassermanna może wykazać obecność tej choroby i umożliwić uratowanie dziecka odpowiedniem i na czas zastosowanem leczeniem matki.

Przy wczesnym przymiocie dziedzicznym wyniki odczynu Wassermanna są, jak już wspomniano, niewyraźne, a zatem trudno z nich wysnuwać wnioski i wyciągnąć korzyści dla medycyny praktycznej. Przy późnym zaś

[27]) Rieder l. c.

przymiocie dziedzicznym, osobliwie w tych przypadkach, gdzie tenże w dzieciństwie przeszedł bez zewnętrznych oznak, odczyn Wassermanna może przynieść dużo korzyści.

Przypomnijmy choćby taki przypadek Hoffmanna i Blumenthala:

U 16-letniej dziewczyny z Hutschinsonowskimi zębami istniało schorzenie stawów, oczu i uszu niewiadomego pochodzenia; odczyn Wassermanna dał dodatni wynik i określił temsamem kiłowy charakter tych zaburzeń, a energiczne, rtęciowo-iodowe leczenie przyniosło chorej istotną ulgę.

Citron i Bab gorąco zalecają stosować odczyn Wassermanna przy najmowaniu służby, a szczególnie mamek, jak również przy przyjmowaniu prostytutek do domów nierządu. Naturalnie i tutaj przedewszystkiem trzeba starannie zbadać klinicznie, a jeśli takie badanie, naprzykład mamki, nic nie wykaże, a odczyn Wassermanna da wyraźny wynik dodatni, to lekarzowi nie będzie wolno polecać jej na tak odpowiedzialne stanowisko,

Przy zawieraniu związków małżeńskich przez ludzi. którzy przebyli kiłę, można o tyle posługiwać się odczynem Wassermanna, że przy nieobecności jakichkolwiek objawów przymiotu, a przy dodatnim wyniku odczynu, lekarz ma prawo przypuszczać istnienie ukrytych zmian kiłowych, które jednak mogą się dopiero później ujawnić. W takich razach przeprowadzenie energicznej kuracyi może uprzedzić wybuch groźniejszych objawów, i dlatego lekarz, na podstawie dodatniego wyniku odczynu, powinien przepisać odpowiedni sposób leczenia, temwięcej, że tą drogą może zapobiedz udzieleniu zarazka drugiej stronie.

Dla dopełnienia poglądu na odczyn Wassermanna należy dodać, że niektórzy badacze chcą na podstawie tego odczynu sądzić o jadowitości zarazka w każdym oddzielnym przypadku i w każdym okresie przymiotu.

Wychodzą oni z tego punktu widzenia, o którym wspomina już Citron w pierwszem swojem prawie (p. w.), a mianowicie, że bardzo często gwałtownym i ostrym objawom przymiotu odpowiada bardzo wyraźne hamowanie hemolizy, gdy tymczasem przy lekkich nawrotach hamowanie to jest znacznie mniej wyraźne.

Okoliczność tę zauważyliśmy również przy naszych badaniach i być może, że z czasem to spostrzeżenie doprowadzi do poważnych wniosków, ale dopóki odczyn Wassermanna jeszcze nie przeszedł z jakościowego na ilościowe określenie, zawcześnie temu spostrzeżeniu nadawać większe znaczenie.

Streszczając, cośmy poprzednio powiedzieli, widzimy, że w znacznej większości przypadków przymiotu surowica krwi chorego daje przy badaniu według sposobu Wassermanna wyraźne hamowanie hemolizy i taki dodatni wynik odczynu Wasermanna można uważać za zupełnie dowodzący obecności przymiotu. Zawsze jednak tam, gdzie objawy choroby są wyraźne i udaje się znaleźć krętki blade, te dwie okoliczności trzeba przy rozpoznaniu przymiotu stawiać wyżej, niż odczyn Wassermanna, chociaż codzienne spostrzeżenia dowodzą, że odczyn ten nigdy nie stoi w sprzeczności z wynikami badania klinicznego i poszukiwań krętka bladego. Ale w przypadkach przymiotu utajonego i przytem okresu późniejszego, jak również w takich, gdzie objawy kliniczne są niejasne, a poszukiwanie krętka bladego i wywiady dają wynik ujemny, to jest właśnie w takich przypadkach, gdzie lekarz jest bezradny, a od prawidłowego rozpoznania często zależy życie chorego, jedynym obecnie sposobem rozpoznawczym jest serodyagnostyka Wassermanna i dodatni wynik jej wyjaśnia zupełnie istotny charakter choroby.

Na tem polega główna i niezaprzeczona wartość odczynu Wassermanna i z tego względu zasługuje on na to, aby stać się przedmiotem uwagi naszej obecnie, a dalszych studyów w przyszłości.

Piśmiennictwo.

1) F. Plat: Ueber den gegenwärtigen Stand des serologischen Luesnachweises bei den syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Münch. med. Wochenschrift. 1907. Nr 30. — 2) Wassermann und Meier: Zur klinischen Verwertung der Serumdiagnostik bei Lues. Deutsch. med. Wochenschrift. 1907. Nr 32. — 3) I. Bauer: Zur Methodik des serologischen Luesnachweises. D. m. W. 1908. Nr 16. — 4) Wechselmann und Georg Meier: Wassermannsche Reaktion in einem Falle von Lepra. D. m. W. 1908. Nr 31. — 5) Fr. Ballner u. A. von De Castello: Ueber die klinische Verwertbarkeit der Komplementbindungsreaktion für die Serodiagnostik der Syphilis. D. m. W. 1908. Nr 45. — 6) Carl Bruck: Ueber die klinische Verwestbarkeit der Komplementbindungsreaktion für die Serodiagnostik der Syphilis. D. m. W. 1908. Nr 50. — 7) E. Hoffmann-Blumenthal: Die Serodiagnostik der Syphilis und ihre Verwertbarkeit in der Praxis. Dermat. Zeitschrift. 1908. Heft I. — 8) P. Fleischmann: Die Theorie, Praxis und Resultate der Serumdiagnostik der Syphilis. Dermat. Zentralblatt. 1908. Nr 8, 9. — 9) E. Fränkel u. H. Much: Ueber die Wassermannsche Serodiagnostik der Syphilis. Münch. m. Woch. 1908. Nr 12. — 10) Taege: Die Technik der Wassermann-Neisser-Bruckschen Serodiagnostik der Syphilis. Münch. med. Woch. 1908. Nr 33. — 11) I. Bauer: La Sem. méd. 1908. Nr 36. — 12) K. Bruck und M. Stern: Die Wassermann Neisser-Bruck-sche Reaktion bei Syphilis. D. m. W. 1908. Nr 11. 12. — 13) R. Ledermann: Ueber den praktischen Wert der Serodiagnostik bei Syphilis, D. m. W. 1908. Nr 41. — 14) Nobl und Arzt: Zur Serodiagnostik der Syphilis. Wien 1908. — 15) G. Blume: Ueber die Methoden und die bisherigen Ergebnisse der Komplementbindung. Zentralbl. für Bakter. etc. Referate. Bd. XL. Nr 19. 20. 21. — 16) L. Karwacki: Wiązanie aleksyny (komplementu) jako metoda dyagnostyczna. Gaz. lek. 1909. Nr 1. 2. — 17) Prof. Rille: Die Wassermannsche Seroreaktion bei Lues und anderen Infektionskrankheiten. Münch. med. Woch. 1909 Nr 2. — 18) M. Baetzner: Die Bedeutung der Wassermannschen Serumreaktion für die Differential-Diagnose der chirurgischen Syphilis. M. m. W. 1909. Nr 7. — 19) M. Weidanz: Technique de la réaction de Wassermann. Ref. Semaine med. 1908. Nr 50. — 20) Die klinische Verwertung der Wassermannschen Reaktion Ver. f. inner. Med. z. Berlin. Sitz. v. 18/I. 09. M. m. W. 1909. Nr 4. — 21) Georg Russowitsch: Die klinische Bedeutung der Wassermannschen Seroreaktion auf Syphilis. Ref. D. m. W. 1908. Nr 52. — 22) Kappelhoff: Klausners Serumreaktion, ref. D. m. W. 1908. Nr 52. — 23) Sitzungen des dermat. Kongr. zu Frankf. a/M. Ref. n. Zentr. f. Dermat. 1908. — 24) Blaschko und Citron: Zur Serodiagnostik der Syphilis. Sitzungen der Berlin. med. Gesell. v. 19/II., 4/III., 11/III. 1908. Ref. D. m. W. 1908. Nr 11. 12. 13. — 25) Weil: Ueber den Luesantikörpernachweis im Blute v. Luetiker. Ref. Zentr. f. Derm. 1907. — 26) L. Wernic: Technika metody Wassermanna w syfilisie i próba precypitacyjna ze zniszczeniem aleksyn i glykocholanem sodu. Gaz. lek. 1909. Nr 5. — 27) А. Нейссеръ: Эксперименталнный сифилисъ. некв. съ. нѣм. 1907. — 28) Плетневъ и Цитронъ. Серодiагностика сифилиса. Мед. Обозр. 1908. Nr 2. — 29) Шатиловъ и Изаболинскій: Изслѣдованіе относитѣльно реакціи Вассерманъ-Нейссеръ-Брукъ при сифилисѣ. Врач. Газ. 1908. Nr 51. — 30) Проф. И. Зеленевъ: Отрицательныя стороны реаксіи Вассерманна. Русск. Журн. кожн. и венер. бол. 1908. Nr 11. — 31) М. А. Члеповъ: О сывороточномъ распознаваніи сифилиса. Русскій врачъ. 1908. стр. 253, 297, 407, 480. — 32) Маслаковецъ П. П. и Либерманъ Я. Ю.: Теорія и техника релціи Вассерманна и ея значеніе для распознаванія сифилиса. Русскій врачъ. 1908. стр. 502.

Oceny i sprawozdania.

Köhler-Lenzmann: **Wpływ leczniczy tuberkuliny i pokrewnych środków na gruźlicę wewnętrzną i zewnętrzną** (*Beitr. z. med. Klinik.* Rocznik V. zesz. II.).

W obszernej pracy omawiają sprawę tę Köhler ze stanowiska medycyny wewnętrznej, Lenzmann ze stanowiska chirurgii. Ocena skuteczności działania surowicy na gruźlicę wewnętrzną jest bardzo trudna, albowiem przebieg gruźlicy bywa bardzo różny i nieobliczalny. Jako przeciwwskazania do leczenia tuberkuliną i podobnymi przetworami podaje Möller stan gorączkowy, ogólne wyniszczenie, wady serca, skłonność do krwotoków i padaczki. Inni stosują właśnie przy krwotokach to leczenie. K. należy do zwolenników Möllera. Na podstawie swego doświadczenia nie może K. przyznać, by tuberkuliny były środkiem bardzo skutecznym. Nowa i stara tuberkulina Kocha działa dość korzystnie jedynie w lekkich przypadkach gruźlicy płuc, przebiegających nie ostro i bez gorączki. Przy sprawach rozpadowych leczenie tuberkulinami uważa K. za bezcelowe. Podawanie tuberkuliny przez usta uważa K. także za bezcelowe, podobnież przez odbytnicę; może wstrzykiwanie śródżylne okaże się najracyonalniejszem. Co do surowicy Maragliano, podanej celem leczenia gruźlicy zapomocą uodporniania biernego, w Niemczech brak jeszcze doświadczeń. Inne surowice podali: Beraneck, Calmette, Spengler i t. p. Odmianami tuberkuliny są tuberkulocydyna, antyftyzyna, selenina i t. d. W drugiej części pracy omawia Lenzmann leczenie gruźlicy zewnętrznej. Dążeniem naszem przy leczeniu surowicami jest, albo pomagać ustrojowi w walce z chorobą przez wprowadzanie gotowych antytoksyn, albo też przez wprowadzanie pewnych środków pomagać ustrojowi w wytwarzaniu antytoksyn. Pierwsze zadanie spełniać ma surowica Marmorka, natomiast do samodzielnej czynności ma ustrój pobudzać tuberkulina stara Kocha i jej pokrewne. W gruźlicy chirurgicznej w ostatnich czasach znalazła zastosowanie główne antytoksyczna surowica Marmorka. Wprawdzie nie brak doniesień o korzystnem działaniu leczenia gruźlicy chirurgicznej, z drugiej strony jednak nie bardzo budzi zaufanie fakt, że surowicę tę zalecają stosować miesiącami i w ogólnych bardzo dużych ilościach. Leczenie surowicą nie wyłącza wcale leczenia chirurgicznego, dopomaga mu tylko. Co do drogi podawania surowicy, to Lenzmann podziela zdanie Köhlera. Surowicę Maragliana poleca Ghedini wstrzykiwać wprost do stawów, jądra i t. p. Co do tuberkulin, to korzystne wyniki spostrzegano przy gruźliczem zajęciu otrzewnej, narządu moczowopłciowego, przyczem jednak nigdy o zabiegu chirurgicznym zapominać nie należy. Stara tuberkulina Kocha może mieć zastosowanie w chirurgii jedynie przy gruźlicy otwartej (ze względu na działanie odczynowe), a nie zamkniętej, zwłaszcza przy gruźliczych gruczołach należy jej unikać, spostrzegano bowiem po zastosowaniu tej tuberkuliny przebicie się ognisk z gruczołów do naczyń krwionośnych. Starą tuberkulinę Kocha stosować należy w bardzo małych początkowych dawkach (0·01—0·1 mg.). *K.*

Prof. Reichel: **Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen.** (Wiesbaden 1909, nakł. Bergmanna, stron 557 z 67 rycinami. Cena 14 kor. 40 hal.).

Pewnym podręcznikom już sam trafny wybór tematu zapewnia powodzenie, wypełniają one bowiem lukę, którą na każdym kroku się odczuwało. Taką lukę wypełnia właśnie książka Reichella. W przedmowie powiada autor: »Młodym asystentom klinik i szpitali, a jeszcze częściej lekarzom, mieszkającym daleko od wielkich miast, wydarza się często, że choć sami nie są chirurgami, to jednak nieraz obejmować muszą w leczenie następowe chorych, operowanych przez chirurgów. Wykłady chirurgii na uniwersytecie obejmują głównie przedstawianie chorych i operacyi, a leczenie następowe operowanych uchodzi uwagi słuchaczów i bywa lekceważone. Najczęściej słuchacz widzi operowanego potem już tylko przy wyjściu ze szpitala. Nie dziw też, że wielu sądzi, iż gojenie się ran po operacyi powinno zawsze przebiegać gładko i często dopiero w praktyce nagle trafia na różne »nadzwyczajne« powikłania u operowanych. Wizyty na salach chorych studenci sobie lekceważą, twierdząc, że słyszą na nich zwykle powtórzenie wykładu«. Podręcznik Reichla ma też na celu stać się poradnikiem dla lekarza praktycznego, zwrócić mu uwagę na możliwe powikłania i następstwa operacyi i pouczać o zapobieganiu tym powikłaniom. Cel wytknięty osiągnął Reichel w zupełności. Stylem jasnym, przystępnym, nie zanadto przeładowanym dodatkami teoretycznymi, kreśli najważniejsze punkta wytyczne. Zaczynając od ułożenia chorego do łóżka po operacyi, przechodzi kolejno całe leczenie pooperacyjne, uwzględniając wszystkie możliwe powikłania. Nadto znajdzie czytelnik w dziełku Reichla cenne uwagi w sprawie oceny niezdolności do pracy w przypadkach uszkodzeń, sposoby sporządzania prostymi środkami różnych przyrządów i protez, przepisy dyetetyczne i t. p.

Książka dzieli się na część ogólną i szczegółową. W ogólnej omawia R. leczenie pooperacyjne ran czystych i zakażonych, zatrucia, powikłania przyranne i ogólne po operacyach, a wreszcie leczenie poprawiające w razie niekorzystnego wyniku zgojenia się. W części szczegółowej przechodzi R. kolejno operacye na wszystkich częściach ciała, przyczem prócz ustępów czysto chirurgicznych znajdują się i rozdziały, traktujące o cierpieniach ucha, gardła, o chorobach kobiecych, moczowych i t. p.

A. Klęsk.

Dr Juliusz Franzos: **Praktyczny podręcznik do rozbioru moczu dla użytku aptekarzy, farmaceutów i medyków, jakoteż lekarzy.** (Lwów, nakł. Gal. Tow. Aptekarskiego).

W zwięzłej formie, bo na 53 stronicach, mieści się przebieg chemicznego i mikroskopowego rozbioru moczu. Główną zaletą tego podręcznika jest jasność i przejrzystość treści i jej wielka przystępność nawet dla zupełnie początkującego. Autor wyszedł z tego założenia, że w tego rodzaju podręczniku nie powinno się podawać wszystkich znanych metod badania, lecz że zadaniem autora (a nie czytelnika) jest wybrać metody wypróbowane i pewne, a przytem najprostsze tak, by przeprowadzenie ich było możliwe na stoliku lekarskim lub w pracowni aptecznej. W podręczniku swoim uwzględnił też autor rozmieszczone luźne komunikaty z rozmaitych czasopism fachowych, odnoszące się do ilościowego oznaczenia chlorków i kwasu moczowego, dalej metody oznaczenia acetonu, żółci i indykanu.

Tekst zaopatrzony jest 29 trafnie dobranemi rycinami.

Dr B.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Cramer: **Brak działania na świadomość przy niezwykle wielkich dawkach środka usypiającego.** (*Med. Klinik* 1909 Nr 13). C. zwraca uwagę, że są osoby, posiadające dziwną niejako odporność co do utraty świadomości przy usypianiu. O ile n. p. według Müllera wystarcza zwykle 5—7 gm. chloroformu do wywołania u dorosłego człowieka okresu tolerancyi, a zapomocą 30—50 grm. uzyskuje się już głębokie, trwające do godziny i dłużej uśpienie, to wydarza się czasem, że niektórych osób poprostu zupełnie uśpić nie można, choćbyśmy bardzo wielkie ilości środka usypiającego stosowali. Na szczęście u osób takich, mimo zachowanej świadomości, znika ból, tak, że niewielkie i krótkie zabiegi można u nich wykonywać. Tak n. p. spostrzegał C. chorą, u której miano zamiar wyrwać 17 zębów. W tym celu przystąpił C. do uśpienia. Z początku zaczął uśpienie mieszanką Witzla (chloroform, eter i chloretyl). Zużył przytem 80 grm., a gdy chora wcale nie zasypiała, przeszedł do chloroformu (50 grm.), a wreszcie do eteru (40 grm.). Mimo to chora cały czas rozmawiała, rozpoznawała podawane środki i twierdziła, że nie zaśnie. Wobec tego, za zgodą chorej, przystąpiono do wyjęcia zębów. Chora dokładnie zdawała sobie sprawę ze wszystkiego, jak wkładania kleszczy i t. p., bolu zupełnie jednak nie czuła. Po ukończeniu zabiegu wstała zaraz ze stołu i pojechała do domu. Odruchy, z wyjątkiem rogówkowego i źrenicznego, były przez ten czas zniesione. *K.*

Lerat: **O nowym sposobie wyjaławiania katgutu (tyndalizacya w waselinie).** (*Zentbl. f. Chir.* 1909 Nr 9). Do wyjałowionych probówek wkłada się nitki katgutu i napełnia je potem bezwodną waseliną (najlepiej w. Chesebrough), wyjałowioną przez godzinę przy 200—250°. Przez godzinę gotuje się rurki w rozczynie soli, sody lub boraksu i to przez 3 dni. Katgut, w ten sposób sporządzony, ma być zupełnie jałowy. Wadą jego jest może to, że jest tłusty, co jednak przy operowaniu w rękawiczkach nie wchodzi w rachubę. *K.*

Pullmann: **Krwawiączka a uraz.** (*Mediz. Klinik* 1909 Nr 13). W dziale ubezpieczeń od wypadków za mało zwraca się uwagi na krwawiączkę, a przecież cierpienie to utrudniać może bardzo nasze orzeczenia, czego dowodzi następujące spostrzeżenie. Pewien robotnik wśród pracy uderzony został z całej

siły ciężką beczką w bok lewy, przyczem poczuł tamże ogromny ból. Zawezwany lekarz polecił uszkodzonemu położyć się do łóżka. Przez tydzień stan chorego był wcale dobry i dopiero 8-go dnia zjawił się silny krwotok z moczem. Ponieważ okolica lewej nerki była ciągle bolesna, rozpoznał lekarz jej pęknięcie i odesłał chorego do szpitala. Tutaj stan chorego zaczął się poprawiać, krwawienie ustąpiło, wobec czego wstrzymano się od zabiegu na nerce. W kilka dni zjawiło się uporczywe krwawienie z nosa, które z trudem zatamowano tamponadą Bellocqua. Przy wstrzykiwaniach morfiny występowały w miejscach wbicia igły sińce. Mniej więcej w 4 tygodnie po urazie nagły zapad i śmierć. Sekcya wykazała nerki anatomicznie zupełnie prawidłowe, tylko w obu miedniczkach wiotkie skrzepy krwi. Wobec tych danych P. wyłączył wpływ urazu, albowiem obraz w obu nerkach był jednaki, krwawienie wystąpiło dopiero w 8 dni po urazie. Natomiast chodziło tu o typowy obraz krwawiączki i krwawienie nerkowe na tem tle. *K.*

Groedel: **Perystoliczna czynność żołądka w obrazie rentgenowskim.** (*Münch. med. Wochs.* 1909 Nr 11). Niedawno ogłosił Braeuning (spraw. »Przegl.lek.« Nr 12) na podstawie rentgenoskopii swe poglądy na trawienne rozszerzanie się żołądka. G. twierdzi, że zdanie B. jest zupełnie odosobnione. Przedewszystkiem na obrazie rentgenowskim nie daje się stwierdzić tej wybitnej różnicy, jaką podaje B., między dostawaniem się do żołądka pokarmów stałych i płynnych. Zwykle obraz przy badaniu jest typowy. W żołądku pustym u góry widać bańkę powietrza, kęs wpukla ją ku dołowi i w tem położeniu pozostaje parę sekund, a potem dość nagle (nieraz przy wdechu) przechodzi łukiem ku linii środkowej na prawo i ku dołowi. Następne kęsy wędrują tak samo, lecz znacznie krócej. Widać z tego, że pokarmy mając dostać się do dna żołądka, muszą pokonać pewien opór. Przy niedowładzie mięśniowym oporu tego zaś brakuje, podobnie po przecięciu nerwu błędnego w uśpieniu i t. p. (Kelling, Braun). Pokarmy układają się następnie w żołądku warstwowo, przyczem żołądek nie powiększa się na wysokość, lecz na szerokość, a ściany mają ciągle dążność do współśrodkowego obciągania się koło pokarmów, co Stiller nazwał: perystoliczną czynnością żołądka. Przy opróżnianiu się czynność perystoliczna odbywa się znowu w porządku odwrotnym. Żołądek zwęża się i bańka powietrza znika. W żołądku niedowładnym brak tej czynności perystolicznej, żołądek rozszerza się za bardzo i powoli się kurczy, przyczem pokarmy umieszczają się głównie w częściach dolnych, wskutek czego górna część żołądka jest pusta. *K.*

Braun i Boruttau: **Doświadczalno-krytyczne badania nad śmiercią wskutek niedrożności jelit.** (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* T. 96. Z. 4—6). Z badań swych dochodzą autorzy do wniosku, że przyczyną śmierci przy niedrożności jelit nie jest samozatrucie ustroju, albowiem treść jelit nie jest wtedy więcej trująca, niż zwykle, ani też przepuszczalność jelit nie jest wtedy większa. Natomiast badania szczegółowe wykazują, że ciśnienie krwi przy niedrożności jelit zachowuje się podobnie jak u zwierząt, którym często upuszcza się krew. Podrażnienie jelit wiedzie do większego wydzielania z gruczołów i wywołuje silny zastój w jamie brzusznej, pociągający znów za sobą niedokrwienie mózgu i z tego powodu nieraz przy niedrożności jelit występuje śmierć nagle, n. p. po pompowaniu żołądka, wysiłkach, lekkich nawet zabiegach i t. p. *K.*

Grundzach: **Przypadek niedrożności kiszek spowodowanej uwięźnięciem kamienia żółciowego.** (*Medyc. i Kron. lek.* 1909 Nr 9). U 47-letniego chorego, cierpiącego już od pewnego czasu na objawy wątrobne, zjawiła się nagle niedrożność jelit. Ponieważ stan ogólny zresztą był zupełnie dobry, odkładano operacyę, lecząc objawowo. 11. dnia choroby po lewatywie obfity stolec, a 12. odejście kamienia żółciowego, wielkości korka butelki od wina, ważącego 20 gramów. Kamień składał się przeważnie z cholestearyny i w niewielkiej ilości zawierał także bilirubinę i wapno. G. przypuszcza, że chory przeszedł ropne zapalenie pęcherzyka, w następstwie którego zrósł się pęcherzyk żółciowy z jelitem, poczem nastąpiło przeżarcie ściany i dostanie się kamienia do kiszki. Rzeczywiście dowiedziano się, że przed 9 miesiącami chory cierpiał na wątrobę i gorączkował 3 tygodnie. Podobny przypadek spostrzega G. w swej praktyce po raz drugi. *A.*

Fink: **Uwięźnięcie przepukliny, naśladowane przez zapalenie wyrostka robaczkowego i kamicę żółciową.** (*Prag. med. Woch.* 1908 Nr 46). F. przytacza dwa przypadki, które naśladowały uwięźnięcie przepukliny. W jednym dostał się do przepukliny, jako do najniższego punktu, kamień żółciowy, wywołując przez to obrzęk i nieodprowadzalność przepukliny, a w drugim przy zapaleniu wyrostka robaczkowego nastąpiło przebicie się ropnia do pustego worka przepuklinowego pachwinowego. Ropa rozszerzyła worek, szyjka worka zamknęła się i cała sprawa sprawiała zewnętrznie wrażenie uwięźniętej przepukliny. Z przypadków tych widać, jak należy nieraz zachować ostrożność co do odprowadzania. Z pewnością, gdyby w drugim przypadku kanał był się nie zamknął, próby odprowadzenia mogłyby pociągnąć za sobą fatalne skutki. *K.*

Clairmont: **Pozorne uwięźnięcie przepuklin.** (*Arch. f. kl. Chir.* T. 88. III.). U chorego na przepuklinę wystąpić może niedrożność jelit nieraz także z innego powodu. Jasną jest rzeczą, że przytem pętla, leżąca w worku, napełnia się, a nawet przepuklina staje się bolesną i nieodprowadzalną. Zawezwany lekarz rozpozna oczywiście uwięźnięcie przepukliny. Przystępuje się do operacyi i nieraz odprowadza się przepuklinę, a niedrożność oczywiście pozostaje nadal. Uchronić się od tej pomyłki można przez skrupulatne badanie stosunków. Bolesność i napięcie w przepuklinie w podobnych przypadkach nie bywają zwykle wielkie, przy operacyi nie znajdujemy właściwego miejsca zaciśnięcia, rozdęta jest wtedy nietylko pętla doprowadzająca ale i odprowadzająca, zmiany w krążeniu i naczyniach są większe w pętlach leżących w jamie brzusznej. Jeżeli po operacyi zwykłej przepukliny uwięźniętej niedrożność trwa dłużej niż 24 godzin, należy przypuszczać przeszkodę powyżej przepukliny. Przypadków podobnych zebrał C. z piśmiennictwa 95, do czego dodaje 10 własnych spostrzeżeń. Rokowanie w podobnych przypadkach jest niekorzystne (śmiertelność 70%), albowiem z powodu tej omyłki przystępujemy do właściwej operacyi zwykle już bardzo późno. *K.*

Franke: **W sprawie bakteryologii ostrego i przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego ze szczególnem uwzględnieniem wysięku otrzewnego.** (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* T. 96. Z. 4—6). Z badań nad bakteryologią zapalenia wyrostka robaczkowego, wykonanych w klinice chirurgicznej w Rostocku, dochodzi F. do wniosku, że objawy kliniczne stoją w związku z rodzajem zakażenia. Najczęstsze zakażenia spotyka się prątkiem okrężnicy. Ostre ropienia, zwłaszcza paciorkowcowe, przebiegają bardzo groźnie, podobnie i zapalenia otrzewnej i spotyka się je głównie u osób młodych. Natomiast nawet zakażenia otrzewnej prątkiem okrężnicy przebiegają zwykle znacznie łagodniej i wobec tego można rokować przy nich znacznie lepiej. *K.*

Siegel: **Przypadek urazowej zgorzeli pęcherzyka żółciowego.** (*Münch. med. Woch.* 1909 Nr 7). Przypadki urazowego pęknięcia lub zgorzeli dróg żółciowych nie są wcale częste. W przypadku S. pewien cyklista upadł z roweru na stos kamieni, przyczem uderzył się z całej siły prawym bokiem o rączkę roweru. Mimo bolu szedł dalej pół godziny piechotą do blizkiego miasta, gdzie lekarz opatrzył go, a następnie odesłał koleją do domu. Zawezwany lekarz domowy rozpoznał złamanie kilku żeber po stronie prawej i krwotok do prawej jamy opłucnej. Przez 8 dni miał się chory dość dobrze, poczem wystąpiły kolki, a w 14 dni po wypadku objawy zapalenia otrzewnej. Operacya, wykonana 15. dnia, wykazała obrośnięcie pęcherzyka żółciowego siecią. Po usunięciu zrostów, stwierdzono na dnie pęcherzyka pęknięcie, zatkane siecią, na dolnej powierzchni liczne do 4 cm długie pęknięcia i zgorzel. Wycięcie pęcherzyka, tamponada, wyzdrowienie. *K.*

Bircher: **Operacya Talmy.** (*Med. Klinik* 1909 Nr 13). Operacyę Talmy wykonują obecnie: 1) przy zwężeniach żyły wrotnej, 2) przy schorzeniach rozgałęzień jej w wątrobie, 3) przy marskości wątroby i to tak zanikowej, jak i przerostowej z żółtaczką i postaciach mieszanych, 4) przy marskości sercowej i tak zwanej marskości rzekomej Picka, 5) przy chorobie Bantiego (III okres). Przy chorobie Bantiego dołączają jeszcze wycięcie śledziony. Właściwem jednak wskazaniem i najwdzięczniejszem polem dla operacyi Talmy są skutki marskości wątroby, a więc wysięk, obrzęk śledziony i krwawienia z przewodu pokarmowego, między innemi i wymioty krwawe, biorące początek z pękania rozszerzonych żył przełyku wskutek zastoju w żyle wrotnej. Przeciwwskazaniami do operacyi są: wszelkie zaburzenia ze strony wątroby (urobilinurya, stolce bezżółciowe, żółtaczka), powikłania sercowe i nerkowe. Do operacyi przystępować należy jak najwcześniej, według Talmy koniecznie, skoro wystąpią krwotoki jelitowe i nie należy wykonywać przedtem więcej nakłuć brzucha, niż dwa. Co do sposobu samej operacyi, to prócz zwykłego przyszycia sieci polecają także przyszywanie śledziony, wątroby i pęcherzyka żółciowego, śródotrzewne przełożenie nerek, a wło-

żenie sieci na ich miejsce, tamponadę jamy brzusznej celem wywołania licznych zrostów, zaotrzewne umieszczenie sieci, połączenie żyły wrotnej z główną dolną i t. p. Zwykłe przyszycie sieci o tyle jest najwięcej polecenia godne, że daje się wykonać w znieczuleniu miejscowem i przedstawia dla chorego najmniej niebezpieczeństwa. A dodać należy, że śmiertelność po operacyi jest dość znaczna, bo wynosi około 20%. Wyleczeń zyskuje się 30—50%. Czasem trudno jest przymocować sieć, jeżeli jest ona bardzo skurczona, a wtedy uciec się należy do jednej z wyż przytoczonych operacyi. Delageniere przyszywa wątrobę i pęcherzyk żółciowy do powłok, sieć przerzuca przez wątrobę i umocowuje przy przeponie. *K.*

Klauber: **Znaczenie odczynu Cammidgea** (*Med. Klin.* 1909 Nr 11). K. badał odczyn C. na przypadkach, które były zaraz kontrolowane przez operacyę i przekonał się, że odczyn C. może wypaść ujemnie mimo na pewno i operacyjnie stwierdzonego schorzenia trzustki. W początkach choroby nie należy się ograniczać do jednej próby, lecz trzeba ją powtarzać, bo wydarza się często, że po kilku dniach ujemnego wyniku próba wypada dodatnio. Bardzo często otrzymuje się dodatni wynik próby mimo zupełnie prawidłowych stosunków w trzustce przy poważnych zmianach sieci, n. p. przy jej zgorzeli, gruźlicy, przerzutowym raku i t. p., co naprowadza na myśl, że odczyn ten właściwie jest cechującym nietyle dla schorzeń trzustki, ile raczej dla rozpadu tkanki tłuszczowej, który to rozpad ma często swą przyczynę w ostrem zapaleniu trzustki. Jednak nawet zapatrywanie się na ten odczyn z tego stanowiska, nie zmniejsza jego wartości, przeciwnie, rozszerza jeszcze zakres jego wartości, gdyż odczyn może wobec tego często rozjaśniać stosunki w jamie brzusznej. *K.*

Krauze: **O wnętrostwie** (*cryptorchismus*) (*Med. i Kron. lek.* 1909 Nr 7—8). Jądra zstępować mogą do moszny nieraz bardzo późno, dlatego też u dzieci nie należy wnętrostwa operować, lecz przeczekać do 8—10. roku życia, ale nie dłużej, bo jądro w przypadkach wnętrostwa jest nieraz bardzo ruchome, może łatwo uwięznąć, skręcić się, uledz zanikowi lub też zwyrodnieniu nowotworowemu. Wnętrostwu często towarzyszy przepuklina i ta uledz może też łatwo uwięznięciu, albowiem paska chory taki nosić nie może. Nieobecność jądra w mosznie pociąga za sobą nieraz różne dolegliwości, jak bole w krzyżach, drgawki, zawroty głowy, omdlenia i t. p.

Sposobów operacyi wnętrostwa mamy wiele, a polegają one na różnem umocowaniu jądra w mosznie, do czego niektórzy dodają nawet wyciąganie, przez umocowanie jądra zapomocą nitki do skóry, wziętej z uda lub też samego uda. Witzel postępuje w ten sposób, że jądro ściągnięte zeszywa ze zdrowem, albo w razie cierpienia obustronnego po złączeniu jąder prawe umieszcza w lewej połowie worka, a lewe w prawej. K. poleca sposób Hahna, którym operował 3 chorych ze skutkiem pomyślnym. Z cięcia równoległego do więzadła Pouparta wyosabnia dokładnie jądro, następnie tworzy kanał w mosznie, na dnie robi cięcie, $2^1/_2$ cm długie, i przez ten otwór wyprowadza jądro na zewnątrz, poczem otwór zmniejsza kilku szwami. Ranę w pachwinie zaszywa. Po 6—7 dniach usuwa szwy moszny i wtłacza jądro pod skórę moszny, na którą nakłada kilka szwów.

Co do trwałości wyniku operacyi wnętrostwa, to ze statystyk odnosi się wrażenie, że nie jest ona jeszcze zupełną. *K.*

Prof. Lexer: **Przyczynek do leczenia złamań kości.** (*Münch. med. Woch.* 1908 Nr 12). W leczeniu złamań kości używamy obecnie głównie 4 sposobów: 1) operacyjnego połączenia, 2) zdejmowanych twardych opatrunków, 3) wyciągu, 4) odpowiednich zawijań. Dawny typowy opatrunek gipsowy znajduje rzadko już zastosowanie, albowiem doświadczenie kliniczne wykazało, że jest on najgorszym sposobem leczenia. Operacyjne łączenie kości uskuteczniamy najpewniej przez wbijanie w odłamki sztyftów, najlepiej z kości ludzkiej świeżej (n. p. z kończyny równocześnie u innego chorego amputowanej) lub ze zwłok wziętej, wygotowanej. Operacyjne łączenie stosujemy przy złamaniach rzepki, złamaniach przystawowych, dalej przy złamaniach łokcia, szyjki kości udowej i t. p. Już w tydzień po operacyi rozpoczynamy ostrożnie ruchy i dlatego umieszcza się kończynę po operacyi w wyciągu lub opatrunku gipsowym do zdejmowania. Nawet przy dużych złamaniach poleca się chorym już w drugim tygodniu wstawanie i chodzenie zapomocą przyrządów do chodzenia lub kul, a kończynę pilnie miesi się i kąpie. Każdy twardy opatrunek powinno się już 3—5. dnia rozciąć i codzień zdejmować na chwilę dla miesienia. Jeszcze lepiej spełniają zadanie przyrządy do chodzenia. Wogóle L. używa okrężnego opatrunku gipsowego do zdejmowania jedynie przy złamaniach goleni i ponadkostkowych i u dzieci przy złamaniach uda. U dzieci nie potrzebujemy się tak bardzo obawiać zesztywnienia stawów i zaników mięśni, albowiem wskutek wzrostu wszelkie zaburzenia wyrównują się rychło. Na kończynach górnych używa L. tylko szyn. Wyciąg odgrywa obecnie w leczeniu złamań bardzo ważną rolę i to albo jako wyciąg zwykły, lub też jako wyciąg sprężynowy. Nadaje się on znakomicie do leczenia złamań ramienia, uda, mnogich złamań jednej kości i t. p. Często sporządzamy wyciąg na kończynach górnych w ten sposób, że przez dzień chory chodzi z ciężarem, a na noc w łóżku zakładamy typowy wyciąg.

Czwarty wreszcie sposób leczenia t. j. zawijanie opaskami, poleca Lexer głównie przy leczeniu typowego złamania kości ramieniowej i kostek. Zwłaszcza dla pierwszego złamania jestto sposób idealny, a o jego skuteczności i zaletach przekonał się L. na 120 przypadkach. Wykonuje się to leczenie w następujący sposób: 1) Ustawienie odłamków odbywa się zawsze bez uśpienia. Asystent ustala łokieć zgięty pod kątem prostym, a operator chwyta za duży palec chorego i silnem pociągnięciem przeprowadza rękę w zgięcie, pronacyę i abdukcyę. Potem ustala się rękę w tem położeniu zapomocą zwykłej opaski flanelowej, którą zmienia się codzień przy miesieniu i kąpaniu ręki. (Ręka ustawiona jest w tem położeniu, jakie przybiera się n. p., chcąc końcami palców ręki dotknąć się tylnej powierzchni pachy po tej samej stronie. *Przyp. spraw.*). Opaska zaś biegnie w następujący sposób: zaczyna się od nasady kości łokciowej ręki, potem przeprowadza się opaskę przez grzbiet ręki do podstawy palca wskazującego, potem przez dłoń znowu na grzbiet ręki, a stąd pomiędzy palcem dużym a wskazującym przez dłoń na przedramię powyżej złamania aż do łokcia; ewentualnie powtarza się potem znowu te zwoje. Rękę układa się potem tylko na temblaku, ewentualnie u chorych niespokojnych dodaje się grzbietnią szynę. Leczenie trwa zwykle tylko 2 tygodnie. Podobnie postępuje L. przy złamaniach kostek, a tu używa zamiast opaski plastra, który biegnie od wewnętrznej powierzchni łydki skośnie ku kostce zewnętrznej, potem poprzecznie przez podeszwę do kostki wewnętrznej aż do guza kości goleniowej po wewnętrznej stronie goleni. Już na drugi dzień poleca przytem L. wstawanie i chodzenie zapomocą kul i ostrożne zginanie i wyprostowywanie palców i stopy. W trzecim tygodniu chorzy mogą już stawać na stopie, a w 4. chodzą z wkładką. Plaster zdejmuje L. w 5 tygodniu. Leczenie to oddaje dobre usługi i jest znacznie krótsze. Przy ciężkich złamaniach, n. p. przy równoczesnem zwichnięciu i złamaniach nadkostkowych uciekać się należy jednak do gipsowego opatrunku okrężnego, jak to wyżej wspomniano, ale tylko na 1—2 tygodnie, poczem wystarcza plaster. *K.*

König: **Przyczynki do historyi klinicznej zniekształtniającego zapalenia stawów** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 88. Z. II). K. uczynił spostrzeżenie, że u wielu oficerów z chwilą awansu na kapitana, t. j. gdy oficer stale zaczyna jeździć na koniu, pojawiają się bole w stawie biodrowym. Bole te występują głównie w razie jazdy wolnej, krokiem, gdyż wtedy stawy biodrowe nie są ustalone, jak to następuje przy jeździe prędszej. Badanie rentgenowskie takich chorych wykazywało stale początki zapalenia zniekształtniającego. Cierpienie przebiegało zwykle zwolna, n. p. u jednego chorego śledzi je K. od lat 12. Przyczyny cierpienia upatrywać należy podług K. w niezupełnem dostosowaniu się powierzchni stawowych w następstwie zmian wrodzonych, lub też w dziecińsiwie nabytych, n. p. krzywiczych. *K.*

Freund: **W sprawie kliniki urazowych schorzeń torebki barkowej.** (*Med. Klinik.* 1909 Nr 11). F. opisuje 2 przypadki pourazowego schorzenia torebki barkowej (*bursa acromialis*), potwierdzające zupełnie 11 podobnych spostrzeżeń Stiedy i Bergmanna (obacz »Przegl. lek.« Nr 52. 1908). I w przypadkach Freunda cierpienie rozpoczęło się po urazie, dotyczyło starszych kobiet. Okolica stawu obrzękła, ruchy, zwłaszcza ku tyłowi, bardzo bolesne, wyraźne trzeszczenie, a na obrazie rentgenowskim widać było wyraźny cień na zewnątrz od główki kości ramieniowej. F. osiągnął wyleczenie przez stosowanie spokoju, a potem miesienia i leczenia gorącem powietrzem. Bergmann i Stieda zalecają operacyę z obawy przed nawrotami; przy operacyi znajdowali złogi wapniowe. W przypadkach F. cień w obrazie rentgenowskim z czasem znikł tak, że F. wątpi, by pochodził on od złogów wapniowych, a odnosi go raczej do wylewu krwawego w torebkę lub włókna mięsne. *K.*

Frangenheim: **Urazowe kostniejące zapalenie ścięgna mięśnia trójgłowego.** (*Med. Klinik* 1909 Nr 8). Dotąd spostrzegano tworzenie się typowej kości tylko w ścięgnie Achillesa. F. opisuje przypadek typowego kostnienia w ścięgnie mięśnia

trójgłowego tuż przy stawie łokciowym. Przy rentgenizacyi rozpoznawano ognisko kostnienia jako mysz stawową, zwłaszcza, że nagle przy ruchach zjawiające się bole za tem także przemawiały. Dopiero operacya rozjaśniła sprawę. Cierpienie powstało po urazie. Kostnienie ścięgien przy przyczepie kostnym znane jest anatomom oddawna, jednak wytłómaczenia tej sprawy dotąd brak. Jedni sądzą, że te ogniska kostne uważać należy za dodatkowe zakończenia kostne danej nasady kości, a więc za twory prawidłowe, inni znów uważają je za twory chorobowe, które powstać mogą po urazie, gośćcu, wiewiórze, dnie i t. p. Popiera to zdanie fakt, że sprawa rozwija się często nagle po urazie po jednej stronie i że ogniska te nie mają łączności z kością kończyny, lecz leżą oddzielnie w ścięgnie. Od tych spraw odróżnić należy dość częste tworzenie się w ścięgnach zwykłych złogów wapniowych, nieraz mnogich. *Klęsk.*

Becker: **O niedomodze stopy.** (*Med. Klinik* 1909 Nr 12). W cennej dla lekarza praktyka pracy, omawia B. etyologię, rozpoznawanie i leczenie niedomogi stopy, zwalczając utarte szablonowe poglądy na rzekome przypadłości z powodu stopy płaskiej. Płaskonóg zwykle już nawet wybitnych dolegliwości nie sprawia, bo jest nieraz końcowym wyrazem niedomogi. Niedomoga stopy występuje najczęściej na tle urazu stopy, dalej pod wpływem statycznym, na tle zapalnem i poraźnem, a prócz tego często bywa wyrazem chorób kości (gruźlica), stawów (gościec), lub innych cierpień, jak kiły, wiądu rdzenia i t. p. Badanie rentgenowskie oddaje tu nieocenione usługi i powinno być o ile możności zawsze stosowane. Niedomogę stopy cechują: 1) Bole występujące głównie przy dłuższem staniu, mniej przy chodzeniu. 2) Ulga, jaką odczuwa chory przy noszeniu dobrze przylegającego trzewika. 3) Znikanie bolów, gdy chory siedzi lub leży. Zwracać też należy uwagę na stan mięśni goleni (napięcie ich przy stopie płaskiej ustalonej, zanik i t. p.). W leczeniu najlepsze usługi oddaje odpowiednia i indywidualnie zastosowana wkładka, dalej miesienie, ewentualnie przyrząd Hessinga (przy porażeniach) lub sprostowanie bezkrwawe. Rzadko uciekać się trzeba do operacyi (Gleich, Ogston), lub przeszczepiania ścięgien. Zapobiegać przypadłościom należy już od dziecka, przez stosowanie odpowiednich trzewików (strona trzewika od palca dużego powinna przebiegać zupełnie prosto). Rokowanie bywa, zwłaszcza u ludzi młodych, zupełnie dobre, należy jednak zdać sobie sprawę, jaka jest przyczyna niedomogi i tę usunąć i nie zapomnieć o możliwości gruźlicy (badanie rentgenowskie). *K.*

Höring: **W sprawie raka sutka i jego trwałego leczenia przez operacyę.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 61—I). Na podstawie 195 przypadków dochodzi H. do następujących wniosków: Dziedziczność raka sutka daje się wykazać w 7·5%. W 66% chore karmiły, 24·8% przebyło ropienie lub zapalenie sutka. Najczęściej usadawia się rak w górnym zewnętrznym odcinku gruczołu. H. dzieli klinicznie raki sutka na 3 odmiany: 1) Raki wzrastające powoli; guz wielkości najwyżej śliwki, skóra przesuwalna, w pasze gruczoły bardzo małe. 2) Raki rosnące szybciej, ze skórą zrośnięte; wyraźne gruczoły pod pachą. 3) Guzy bardzo duże, zajmujące prawie cały sutek: zajęte także gruczoły nadobojczykowe. Grupa pierwsza daje zwykle zupełnie dobre wyniki operacyjne, druga wątpliwe, trzecia nie nadaje się do operacyi. *K.*

Okulistyka.

Snell. **Dłutko do ciał obcych, połączone z lampką elektryczną.** (*Ophthalmology* 1908, Vol. II., Nr 4). Autor zaleca obmyślany przez siebie przyrząd, będący dłutkiem do wydobywania ciał obcych, które ma ze swym trzonkiem stale połączoną miniaturową lampkę elektryczną. Lampkę tę zamyka z przodu soczewka zbierająca, która ogniskuje jej światło dokładnie na końcu dłutka, oświetla zatem w chwili operacyi i ciało obce i narzędzie. Trzymając w jednem ręku dłutko i lampkę zarazem, możemy palcami drugiej ręki swobodnie rozchylać powieki, a zatem obejść się bez rozwórki. Wszelkie inne korzyści, jakie zapewnia przyrząd Snella, wynikają wprost z powyższego opisu. *K. W. Majewski.*

Darier. **O wskazaniach do miejscowego stosowania leków drogą podspojówkową.** (*Ophth. Klinik* 1908, Nr 20). Jeżeli dowiedziona jest skuteczność rtęci w kiłowych chorobach ocznych, a także przy zapaleniu współczulnem, a przetworów salicylowych w zmianach na tle gośćca, to skutek będzie pewniejszy i wydatniejszy, jeśli się te środki zamiast leczenia ogólnego lub zresztą równolegle z leczeniem ogólnem, będzie wstrzykiwać podspojówkowo w odpowiednich rozczynach. Tożsamo, gdy chodzi o działanie przeciwgnilne, n. p. przy wrzodach rogówkowych, ranach zakażonych, lub zakażeniach pooperacyjnych, wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu lub sinku rtęciowego bardzo dobre oddają usługi. W przypadkach środkowego zapalenia naczyniówki (*chorioiditis centralis*) na tle krótkowidztwa wstrzykiwania sinku rtęciowego 1: 5000, jak wykazał Seen, o wiele lepiej działają, niż wstrzykiwania soli. Dla wyjaśnienia zaćmień rogówkowych wstrzykuje autor 2% rozczyn będźwinianu litowego, często też w różnych cierpieniach stosuje wstrzykiwania jodku lub jodanu sodowego, lub potasowego. W zapaleniach gruźliczych i zołzowych przedniego odcinka gałki ocznej wskazane są wstrzykiwania podspojówkowe wyjałowionego powietrza, ale jeszcze wyżej ceni autor swoiste wprost działanie gwajakolu [*guaiacolum cacodylicum* 2%], któremu przypisuje zarazem znaczenie środka rozpoznawczego, dorównującego conajmniej odczynowi Calmettea lub Pirqueta. Nareszcie wszystkie używane dotąd surowice (przeciwgronkowcowa, przeciwtężcowa, przeciwbłonicza) powinny być wstrzykiwane, zdaniem autora, nietylko podskórnie, ale równocześnie i podspojówkowo. *K. W. Majewski.*

Vigier: **Zapalenie wiewiórowe spojówki i ropnie spojówkowe na tle przerzutu** (*Arch. d'Opht.* 1909. Nr. 7 i 8). Autor nie ma tu na myśli wiewiórowego zapalenia tęczówki, ale sprawy zapalne i ropne na spojówce powiekowej i gałkowej, mające tyle analogii z zajęciem błony maziowej stawów, że Ricord określił je mianem *arthritis gonorrhoica oculi*. Należy rozróżnić dwie postacie tych zapaleń, lżejszą, polegającą tylko na przekrwieniu spojówki z nieznaczną wydzieliną, i cięższą, w której powstają ropnie pod spojówką gałki. Autor przytacza szereg spostrzeżeń, nie pozostawiających co do związku z tryprem żadnych wątpliwości, gdyż badanie bakteryologiczne w ropie spojówkowej stwierdzało obecność dwoinek Neissera. *K. W. Majewski.*

Borghetti: **Przyczynek do leczenia zapalenia współczulnego.** (*Ophthalmology* 1908, *Vol. II.* Nr. 4). Oko z rozwiniętem zapaleniem współczulnem uchodzi w oczach przeważnej liczby operatorów za *noli me tangere*. Autor potępia tę wstrzemięźliwość i zaleca dla ratowania resztek wzroku bardzo energiczne zabiegi operacyjne, mające na celu usunięcie niekorzystnego wpływu akomodacyi, zmniejszenie przekrwienia i otwarcie dróg dla wessania wysięków zapalnych. Potrójny ten cel osiąga autor przez wycięcie jak największego kawałka tęczówki, nie cofa się nawet, jeśli to tylko możebne, przed wydobyciem całej tęczówki. Następnie usuwa w całości soczewkę wraz z torebką. W ten sposób stwarza przestrzeń wolną, którą wypełnia ciecz wodna. Wszystkie drogi odpływowe stoją szeroko otworem. Masy wysiękowe nie mają punktu oparcia, nie mogą organizować się w zrosty i rozpuszczają się powoli w cieczy wodnej. Ułatwione krążenie i szybka odnowa cieczy śródocznych sprawiają, że zapalenie przygasa i oko ostatecznie się uspokaja. *K. W. Majewski.*

Tooke: **Przypadek ropnego zapalenia tęczówki w przebiegu nagminnego zapalenia opon.** (*Ophthalmology* 1908 *Vol. II.* Nr. 4). Autor opisuje przypadek nagminnego zapalenia opon mózgowych u dwuletniego dziecka, u którego w ostatnich dniach życia wystąpiło ropne zapalenie tęczówki lewego oka. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie co do zapalenia opon. Oko wyjęto i poddano dokładnemu badaniu mikroskopowemu, nadto hodowle wykazały w ropie z przedniej komórki i osłonkach nerwu wzrokowego obecność swoistych dwoinek. Zdaniem autora zapalenie tęczówki wystąpiło na drodze przerzutowej. *K. W. Majewski.*

D' Allessandro: **Gruźlica tęczówki, stwierdzona i wyleczona za pomocą tuberkuliny.** (*Ophth. Klinik* 1908. Z. 12 i 13). Autor podaje opis przypadku gruźlicy tęczówki u trzynastoletniej dziewczynki, leczonej z początku przez czas dłuższy bezskutecznie zapomocą wcierań rtęciowych. Dopiero odczyn, jaki wystąpił tak miejscowo, jak i ogólnie po próbnem wstrzyknięciu tuberkuliny, utwierdził autora w przekonaniu, że chodzi o gruźlicę przedniego odcinka gałki ocznej, za czem przemawiał zresztą i obraz kliniczny i przeszłość chorej, która przebyła już raz zapalenie opłucnej. Dalsze wstrzykiwania tuberkuliny (pierwotnej, a nie nowej T. R.) doprowadziły w stosunkowo krótkim czasie do wygojenia zmian w tęczówce i w rogówce z pozostawieniem niezbyt znacznych blizn i zaćmień. *K. W. Majewski.*

Veasey: **Leczenie przewlekłej jaskry prostej.** (*Ophthalmology* 1908. *Vol. V.* Nr. 1). Autor skłania się do leczenia operacyjnego i to zapomocą irydektomii. Co do sklerotomii i jej różnych odmian, nie ma V. własnego doświadczenia. Operacyi nie wykonuje wcale tylko w tych przypadkach, gdzie jedno

oko straciło już poczucie światła, a drugie widzi tylko cząstkę pola widzenia. W tak daleko posuniętych przypadkach utrata tej szczupłej resztki wzroku ściąga zwykle »odium« na głowę operatora. Autor nie operuje również osób bardzo starych w nadziei, że zapomocą pilokarpiny i ezeryny uda się zazwyczaj wystarczający wzrok zachować do końca życia. We wszystkich innych przypadkach zaczyna V. od kropli, gdy jednak mimo ich stosowania stwierdzi choćby najmniejsze pogorszenie się wzroku, wtedy nie zwlekając wykonuje irydektomię. *K. W. Majewski.*

Würdemann: **O prześwietlaniu oka.** (*Ophthalmology* 1908. Vol. II. Nr 4). Autor podaje i zaleca swój mały, lekki i poręczny transluminator i z opisem tego przyrządu łączy jasny wykład o zasadach dyagnostyki dyafanoskopowej.

Pracę zdobi piękna chromolitografia, przedstawiająca szereg dyafanoskopowych obrazów i objaśniająca ich znaczenie rozpoznawcze. Między innemi podkreśla autor znaczenie koła jasnego, jakie przy odpowiedniem ustawieniu transluminatora daje tak zwana przestrzeń około-soczewkowa (*spatium circumlentale*). Autor wykazał, że zgodnie z teoryą Priestley-Smitha w oczach skłonnych do jaskry, szerokość tego jasnego pierścienia jest wybitnie zmniejszona. Po wybuchu jaskry znika ów pierścień prawie zupełnie. *K. W. Majewski.*

Berger: **O użyciu stereoskopu do badania naośnej bystrości wzroku.** (*Rev. gen. d'Opht.* 1908. Nr 11). Dla oznaczenia ściśle naośnej bystrości zaleca autor badanie zapomocą stereoskopu. Oko lepsze wpatruje się w czarny kwadracik na białem tle, przez co drugie oko, o ile nie okazuje zeza, zniewolone jest skierować swoją oś widzenia ku znakom, znajdującym się po drugiej stronie karty i służącym do wyznaczania bystrości wzrokowej. Są to również czarne kwadraciki, rozdzielone białem polem. Odstępy pomiędzy kwadracikami stanowią *minimum separabile* dla danej bystrości wzroku. Dla badania używa się całego szeregu kartoników z kwadracikami różnej wielkości. Odstęp między kwadracikami równa się zawsze długości ich boków. Wyszukuje się najmniejsze, które oko zdolne jest jeszcze rozdzielić, poczem łatwo już obliczyć stopień bystrości wzrokowej, odpowiadającej w tym razie ściśle plamce żółtej.
K. W. Majewski.

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Leczenie twardzieli rentgenizacyą zalecał Rydygier (jun.) naprzód w artykule, ogłoszonym w »Gazecie lekarskiej« (Nr 3 r. b.), na co zwraca uwagę redakcya tego pisma w Nrze 11. Dopiero później ukazała się praca R. w tym przedmiocie w »Berliner klin. Wochenschrift« (Nr 4). *R.*

Raka rentgenowskiego (opisano dotąd 33) spostrzegał Coenen u pewnego technika (zajmującego się od lat 10 rentgenizacyą) na 2 palcach ręki. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 7). *K.*

Zatrucie bizmutem przejściowe (75 grm podanych celem badania rentgenowskiego) spostrzegał Kiät u 50-letniej osoby. (*Hospitalst.* Nr 41, 1908). *A.*

Dwa nowe przypadki zatrucia bizmutem (zapad, sinica, methemoglobinemia) przy badaniu rentgenowskiem podaje Meyer z Monachium i poleca zamiast używanego zwykle przetworu węglan bizmutu. (*Ther. Mon.* Nr 8, 1908). *A.*

Leczenie przetok wstrzykiwaniami masy bizmutowej podług E. Becka daje zdaniem Rosenbacha bardzo wątpliwe wyniki. R. spostrzegał przytem wystąpienie ostrego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej. (*Berl. klin. Wochs.* Nr 7). *K.*

W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy kości i stawów postawił Ludloff następujące tezy: 1) Ponieważ ognisko kostne jest bardzo często z początku jedynem w ustroju, przeto powinno się je operacyjnie usuwać. 2) Operacya powinna być doszczętna i nie liczyć się zanadto z czynnością danego stawu. 3) Lepiej nie operować zupełnie, niż operować niedoszczętnie. 4) Zachowawczo leczyć wolno jedynie formy ściśle śródstawowe (synovial). 5) Przeciwwskazaniem do zabiegu nie jest ani wiek młody, ani późny. (*Tow. chirurg. Wrocław*, 11. I. 1909). *K.*

Gościec gruźliczy, opisany przez Ponceta, uznaje także Schäffer, przytaczając 11 swoich spostrzeżeń. Cierpienie przebiegać może trojako: 1) najczęściej jako tak zwane bole stawowe; 2) jako sprawa wysiękowa, przypominająca żywo zapalenie gośćcowe wielu stawów, 3) jako postać przewlekła, przypominająca gościec przewlekły. W leczeniu wchodzą w rachubę: zastoina, miesienie, wodoleczenie i t. p. (*Zeitschr. f. Tub.* T. 13, Zeszyt 1). *A.*

W cierpieniach gośćcowych poleca Kraus (Wiedeń) do zewnętrznego użytku salen (mieszanina metyl-etylowego estru kwasu glykolowego i salicylowego) w postaci smarowań z alkoholem, chloroformem lub oliwą, kilka razy dziennie. Miejsce posmarowane pokrywa się potem flanelką lub watą. (*Allg. Wiener med. Ztg.*, Nr 32, 1908). *A.*

Nowe i bardzo proste przyrządy do leczenia mechanicznego w użytku domowym podaje Heermann, zwracając przytem uwagę na korzystne działanie stałego ucisku elastycznego gąbek gumowych w leczeniu różnych spraw, jak wysięków, obrzmień, skrzywień, krwawnic i t. p. Zamiast zwykłych elastycznych opasek i pończoch poleca H. swoje t. zw. grzebieniowate opaski, składające się z pojedynczych rzemyków, które się osobno zaciąga. (*Med. Klinik*, Nr 11). *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d 24. marca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 40.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Piltz przedstawia chłopca chorego na **mimowolne moczenie** (*enuresis nocturna*), którego leczy hypnozą i którego na posiedzeniu hypnotyzuje.

W dyskusyi zaznacza Dr Borzęcki, że obok przypadków takich, jak przedstawiany, bywają przypadki mające tło anatomiczne, przypadki, polegające na przeczulicy odcinka tylnego cewki i zapytuje, jakie są w tym kierunku doświadczenia.— Prof. Bujwid zapytuje, czy hypnoza nie oddziaływa niekorzystnie na stan psychiczny i zdolności. — Prof. Lewkowicz sądzi, że nie można leczenia całego tłómaczyć głębokością snu. — Kol. Rapaport podaje metody leczenia mimowolnego moczenia, lecz sądzi, że wszystkie te zabiegi są psychoterapią. Najważniejszą rzeczą jest odpowiednie wychowanie. — Kol. Rydel zaznacza, że usunięcie trzeciego migdałka usuwa niekiedy moczenie mimowolne. — Kol. Nelken w jednym przypadku stosował wstrzykiwania nadoponowe; polepszenie tylko przez 2 tygodnie. — Prof. Piltz zaznacza, że nie miał zamiaru przedstawiać hypnozy, jako środka leczniczego przeciw moczeniu mimowolnemu, jedynie chciał przedstawić stan hypnotyczny i pojedynczy przypadek. Powołując się na autorów, uważa, że hypnoza nie przynosi żadnej szkody dla psyche danego osobnika; sam też nigdy złych skutków nie widział.

3) Prof. Lewkowicz zdaje sprawę z dalszego przebiegu choroby dziecka, które przedstawiał 3 b. m., a u którego rozpoznano **spazmofilię**. Dziecko to zmarło. — Doc. Gliński podaje wynik sekcyi.

4) Dyskusya nad wykładem Prof. Nowaka.

Prof. Bujwid: Wdzięczny jestem kol. Nowakowi za poruszenie tego tak ważnego tematu. Gruźlica jest tak rozpowszechniona, że każde usiłowanie jej zwalczenia musi być powitane z uznaniem. Z drugiej strony jednak, właśnie przy badaniach gruźlicy popełniono dużo ciężkich omyłek. Po odkryciu działania tuberkuliny przy gruźlicy miejscowej i toczniu odrazu zbyt pośpiesznie zaczęto stosować tuberkulinę w celach leczniczych, wywołano też wprędce reakcyę przeciw tej robocie niedość wystudyowanej i zatracono to, co było istotnie pożyteczne i co dotychczas daje wyniki pomyślne przy ostrożnem dawkowaniu. W ten sposób sprawa tłumienia gruźlicy ucierpiała na długie lata.

Szczepienia bydła gruźlicą ludzką, polecone przez Behringa bez dokładnego wystudyowania w pracowni i odrazu zastosowane na szerszą skalę w praktyce, — nasuwają inne myśli. Tego rodzaju szczepienia, po których, jak to kol. Nowak zaznaczył, w mleku i mięsie po kilku i kilkunastu miesiącach pojawia się żywy zarazek gruźlicy ludzkiej, są wprost groźne dla zdrowia ludności i autor ich, oraz jego naśladowcy za takie stosowanie szczepień bez wypróbowania, winni być pociągnięci przed kratki sądowe.

Odczyt kol. Nowaka dowiódł naocznie, że od szczepień tych niczego więcej spodziewać się nie możemy. Cóż więc dalej robić z gruźlicą u bydła, która jest tak znacznie rozpowszechniona u krów? Wiadomo przecież z licznych spostrzeżeń, potwierdzonych przez niemiecki Urząd zdrowia i inne badania, że gruźlica bydlęca czyli perlica jest zakaźną dla człowieka jeżeli nie zawsze, to jednak dość często: na 50 przypadków gruźliczego zakażenia u człowieka znaleziono przecież w 5 »typus

bovinus«, zaś w 10 przypadkach gruźlicy pierwotnej przewodu pokarmowego u ludzi aż 5 razy tenże typ gruźlicy.

U bydła gruźlica dosięga, jak to stwierdziłem w oborach galicyjskich, 50—80%, a nawet 100%, co zapewne kol. Nowak potwierdzi.

Jeszcze w 1894 r., gdy Bang polecił stosowanie tuberkuliny w Danii, wprowadziłem, jak to zaznaczył kol. Nowak, tuberkulinę w celu rozpoznawczym w Galicyi — i właściciele obór, którzy ją u siebie zastosowali, mają teraz bydło wolne od gruźlicy. Takich obór jednak mamy mało. Szczególnie mleko krakowskie, jak to udowodniły moje badania, zawiera bakterye gruźlicze. Jest więc koniecznem poczynić dalsze kroki w tym kierunku. Sprawę tę winni ująć w ręce lekarze; — w pierwszym rzędzie powołane jest do tego Tow. lek. krakowskie, któremu już przed 10 laty przedłożyłem memoryał w sprawie walki z gruźlicą u bydła. Sprawę tę powinni poprzeć i właściciele obór w interesie własnym i całego społeczeństwa.

Zwracam się z prośbą do Prezydyum Towarzystwa lekarskiego o postawienie tej sprawy na porządku dziennym obrad naszych w szeregu referatów o gruźlicy i wniosków zmierzających do jej stłumienia. Muszę tu zaznaczyć, że gruźlica u nas od 1875 r. wzrasta, gdy w Niemczech stale się zmniejsza. Ale w Niemczech jest już teraz 96 sanatoryów ludowych, gdy u nas niema żadnego z wyjątkiem sanatoryum Bratniej Pomocy akademickiej.

Gdy w r. 1873 u nas umierało rocznie na gruźlicę 29·7‰, w Niemczech 1877 było 35‰. W r. 1904 natomiast w Niemczech umarło 19·12‰, u nas w 1905 liczba doszła do 37·0‰.

Są to liczby dające bardzo wiele do myślenia i wymagające szybkiego działania całego społeczeństwa. (Streszczenie własne).

Kol. Eisenberg podnosi szczegół przechodzenia bakteryi gruźlicy ludzkiej do mleka krów. — Kol. Borzęcki zapytuje o mięso zwierząt gruźliczych. — Prof. Bujwid wskazuje na obszerne badania w sprawie poruszonej przez kol. Eisenberga. Kol. Borzęckiemu odpowiada, że gruźlica prawie nigdy w mięśniach się nie sadowi. — Prof. Nowak podnosi konieczność urządzenia odczytów o gruźlicy i odpowiada na zapytania. — Nadto zabierali głos w dyskusyi Prof. Lewkowicz i kol. Herman Hirsch.

5) Odczyt kol. Nelkena odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

(Wydział lekarski).

IV. ogólne posiedzenie z dnia 17 (30) października 1908 r.

Przewodniczący prezes prof. Zaleski. Obecnych członków 32, gości 14.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto. Prezes przed wygłoszeniem własnego odczytu zaprasza na przewodniczącego wiceprezesa prof. Ziemackiego.

I. Prof. St. Zaleski wygłosił rzecz p. t.: »Wrażenia z IV Zjazdu czeskich lekarzy i przyrodników w Pradze«. Mowca zwrócił przedewszystkiem uwagę na przełomowe chwile, które od pewnego czasu cała Słowiańszczyzna żywiej, niż kiedykolwiekbądź odczuwa i na warunki, wśród których powstał »Zjazd« między 6 i 10 czerwca r. b., po bytności w Petersburgu posła Kramarza i jego towarzyszy i bezpośrednio przed zebraniem się delegatów słowiańskich w Pradze. Na tem tle rozwinął prelegent obraz tego, co uczestnikom Praga przedstawiła. Aby mieć pojęcie o rozwoju wiedzy i kultury u Czechów, o rozwoju tego dzielnego narodu we wszystkich kierunkach, należy porównać poprzednie trzy zjazdy, które odbyły się w r. 1880, 1882 i 1901, z obecnym. Gdy na I. Zjeździe w r. 1880 było tylko 83 wykłady i 357 członków, na obecnym IV. Zjeździe liczba członków dobiegła do 1127, a liczba wykładów przeniosła 700. Samo wydawnictwo obecnego Zjazdu »Vestnik IV. Sjezdu přirodosp. i lekaru českych« dzięki zasługom redaktorów prof. Dr B. Kučery i Dr D. Panyrka i Doc. Dr Fr. Slavika dochodzi do 69 arkuszy druku. Nadto, począwszy od r. 1882, stały się Zjazdy czeskie poniekąd czesko-polskimi, a obecnie nadto i słowiańskimi, gdyż obok przeważającej liczby Polaków (53% ogólnej liczby innych Słowian, nie Czechów), uczestniczyli w Zjeździe Rosyanie, Chorwaci, Serbowie, Słoweńcy, Bułgarzy, Ukraińcy. Przedstawicieli wysłało 12 polskich instytucyi, gdy z Rosyi tylko 6. Na 61 odczytanych telegramów (w tej liczbie od cesarza i następcy tronu po czesku), 29 pochodziło wyłącznie od Polaków i polskich instytucyi, które nie przysłały swych przedstawicieli. Każdy ze Słowian przemawiał w swym języku narodowym. Jeszcze więcej, niż w sekcyach Zjazdu, (których było 17, w przeciwieństwie do 6 na pierwszych Zjazdach) czesko-słowiański charakter Zjazdu uwidocznił się na obydwóch zebraniach ogólnych. Widać to najdowodniej z przemówień delegatów. Mowca przytoczył przemówienia delegatów polskich: prof. Dra Wicherkiewicza z Krakowa, Dra Kurtza z Warszawy i swoje, jako przedstawiciela Związku, a także przemówienia delegatów rosyjskich. Na pierwszem ogólnem zgromadzeniu honorowym prezesem był prof. Wicherkiewicz, zaś na drugiem obrano prof. Otta, a ponieważ tenże wyjechał, zastąpił go prof. Pictrow. Na ostatniem posiedzeniu pożegnalną i dziękczynną mowę w imieniu wszystkich przybyłych delegacyi polskich i Polaków wypowiedział prof. Zaleski. Świetność Zjazdu podniosła praska wystawa jubileuszowa, na którą gromadnie spieszyli Polacy ze wszystkich 3 dzielnic polskich. Polaków wszędzie przyjmowano entuzyastycznie i zaznaczano tradycyjność przyjaźni i sympatyi czesko-polskich. Gorącego przyjęcia doznali Polacy ze strony »Czeskiego Klubu politycznego« i »Towarzystwa słowiańskiego« w Pradze, w których imieniu przyjmowali Polaków ich prezesi, poseł Dr Kramarz i Dr Czerny, a także wiceprezes czeskiego klubu Dr Klumparz. Podczas Zjazdu zebrał się dwukrotnie na posiedzenie ukonstytuowany w Paryżu podczas wystawy 1900 r »Komitet lekarzy słowiańskich« i powziął doniosłe uchwały, mające się urzeczywistnić na przyszłorocznym Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Budapeszcie. Mowca podniósł dalej zasługi organizatorów Zjazdu prof. Maixnera, Héverocha, Vesely'ego, ich najbliższych współpracowników, a także pań i młodzieży czeskiej.

Na podstawie przytoczonych danych mówca wysnuwa ogólne wnioski co do szybkiego rozrostu czeskiej kultury i wiedzy i podniesienia ogólnego ducha narodowego, co tem bardziej zdumiewa, że postępy te poczynili Czesi wśród najcięższej walki z zakusami germanizacyjnymi, i zakończył swe przemówienie przytoczeniem słów głośnego czeskiego uczonego i patryoty prof. Purkyniego, wypowiedzianych w 1862 r. na niemieckim Zjeździe lekarskim w Karlsbadzie, a które mogą przyjąć za hasło wszyscy bez wyjątku Słowianie: »Nie zapominałem i nie zapominam nigdy, żem się uczył od Niemców, ale też nie zapominam, że jestem Czechem. Wyznaję, że było zawsze mojem życzeniem, aby rodacy moi wyzwolili się z ustawicznego terminatorstwa i opieki, i raz nareszcie mogli urzeczywistnić dążenia do stania się samodzielnymi mistrzami«. (Streszczenie własne).

Przewodniczący wiceprezes prof. Ziemacki w imieniu »Związku« najserdeczniej dziękuje prof. Zaleskiemu za nader zajmujący wykład, wnosząc, aby prezes raczył przesłać Czechom powitanie od zgromadzenia. Następnie wzywa prof. Ziemacki obecnych, by uczcili pamięć prof. Eiselta przez powstanie.

II. Kand. chem. p. Ant. Ossendowski wygłosił rzecz p. t.: **Chemia światła (fotochemia) i jej znaczenie w ekonomii przyrody** (z pokazami). Oprócz całego szeregu zjawisk z dziedziny statystyki fotochemicznej, której zjawiska są związane ze stałym składem chemicznym ciał, istnieje wielka liczba zjawisk dynamicznych, t. j. takich, gdzie akcya światła wyraża się pewnemi procesami chemicznymi. Oprócz takich dynamicznych zjawisk istnieje cała sfera objawów świetlnych, których objaśnienia współczesna nauka niestety nie posiada. Są to zjawiska, t. z. fotoluminiscencyi, do której można odnieść takie zjawiska, jak tribo- i krystallo-luminiscencyę, chemiluminiscencyę, fosforo-fluoro-termo- i elektro-luminiscencyę. Te wszystkie zjawiska mają wielkie znaczenie w przyrodzie, gdyż działają dodatnio na rozwój drobnoustrojów morskich i wywierają znaczny wpływ na niektóre procesy chemiczne. Z fotodynamicznych zjawisk najważniejsze są procesy w roślinach, które przy pomocy świetlnych drgań eteru rozkładają kwas węglowy na węgiel, który idzie na budowę ciała roślin i na tlen, podtrzymujący życie na kuli ziemskiej. Procesy, które spostrzegamy przy rozkładzie czulej na światło warstwy płyty fotograficznej, utlenienia alkoholów, aldehydów, fenolów i t. d. są wszystko zjawiska przyrody fotodynamicznej.

Prof. Luthes z Berlina dowiódł, iż na podtrzymanie życia $1^1/_2$ miliardów ludzi i wszystkich stworzeń żyjących potrzeba tylko $^1/_2$000.000 część tych wszystkich promieni, które spływają na naszą planetę. Gdyby prawa fotochemiczne oprócz jednego nam znanego prawa Grottusa nauczyły nas korzystać jeszcze z $^1/_2$000.000 części energii świetlnej, obraz życia na ziemi zmieniłby się tak, iż narysować go nie zdołałby ani poeta, ani uczony marzyciel. (Streszczenie własne).

Przewodniczący w imieniu zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za ciekawy odczyt.

W administracyjnej części posiedzenia 1) prezes prof. Zaleski podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu Rady »Związku« uchwalono przesłać list do hr. L. N. Tołstoja z powodu jego 80-letniego jubileuszu. O ułożenie listu uproszono prof. Zaleskiego. Prezes prof. Zaleski odczytuje list, który brzmi następująco: »Wielki Mistrzu, mężu i obywatelu wszystkich krajów i narodów! Nietylko naród rosyjski, którego chwałę i chlubę stanowisz, lecz i cały świat cywilizowany w dniu osiemdziesięciolecia żywota Twojego, opromienionego zasługami pomnikowemi a niespożytemi, zwraca się ku Tobie ze słowami najwyższej czci i uwielbienia, gdyż widzi w Tobie świecznik ludzkości całej i jednego ze swych proroków. Jako nieskruszona tarcza bezwzględnej życiowej i dziejowej prawdy a sprawiedliwości, jako obrońca uciśnionych, jako ucieczka gnębionych, pokrzywdzonych, byłeś zawsze i wszędzie i w każdej życia okoliczności tem, czem jest wyrzut sumienia dla najzakamienialszego grzesznika, także i wtedy, gdy o nas, Polakach, głos Tobie zabierać wypadało. To też z wdzięcznością uchylamy czoła przed Tobą, mężem ze spiżu i kryształu, my, Polacy, z uwielbieniem przekazujemy potomstwu imię Twoje. »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, zebrawszy się na pierwsze ogólne posiedzenie powakacyjne, jednomyślnie postanowił, składając Ci powyższy wyraz uczuć swych, połączyć się z tymi, którzy, wielbięc w osobie Twojej największego ze współczesnych humanistów, życzą Ci, byś jeszcze w jak najdłuższe lata był tym, kim jesteś!« List podpisali: prezes prof. Zaleski, wiceprezes prof. Ziemacki, sekretarze Doc. Dr Sowiński i Dr K. Uliński. List jednomyślnie uchwalono. 2) Jednomyślnie uchwalono następujący tekst telegramu jubileuszowego, wysłanego do Al. Świętochowskiego. »Wielki Mistrzu-Myślicielu! Po ciężkich klęskach w chwili przełomowej narodu naszego, silne Twe a trzeźwe słowa były świetlnym promieniem, przedzierającym się przez pomrokę, oświecającym nowe widnokręgi, dającym wytyczne drogowskazy zgnębionemu społeczeństwu. Podniosłeś je, zagrzałeś do pracy, na nowe, pewniejsze wprowadziłeś tory. Słuchały Cię wtedy młode pokolenia, dziś Cię wieńczą dojrzałe. Tutejszy »Związek polski lekarzy i przyrodników« łączy się z obywatelami kraju całego, składającymi Ci w dzień jubileuszowy zasług Twych pomnikowych wyrazy czci, uznania, uwielbienia». List podpisali: prezes prof. Zaleski, wiceprezesi: prof. J. Ziemacki, Edmund Chrzanowski, sekretarze: Doc. Sowiński, Dr K. Uliński. 3) Na członków rzeczywistych wybrano jednomyślnie: Dra Groera Franc, lek.-dent. Totwena Konst., prowizora Zaleskiego Winc., przyrod. Gajewskiego Bol.; na członków korespondentów: prof. antropologii Uniw Jagiell. Jul. Talko-Hryncewicza i Dra med. Wand. Kossowskiego. 4) Uchwalono wydać skarbnikowi Drowi Al. Karnickiemu pełnomocnictwo na otwarcie rachunku bieżącego w »Ruskim dla wnieszniej torgowli banku«.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.*

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Posiedzenie z dnia 31. października 1908.

Przewodniczący kol. H. Fidler. Obecnych 12 członków i 2 gości.

Kol. prezes wita obecnych na posiedzeniu gości kolegów: K. Mulier (z Radomia) i K Goderskiego (z Kozienic).

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. prezes zawiadomił, iż z powodu jubileuszu 50-let. działalności lekarskiej profesora Juliana Kosińskiego wysłany został w imieniu Towarzystwa do Jubilata telegram z życzeniami, za który Szan. Jubilat podziękował Towarzystwu w serdecznych słowach.

3. Przedstawiciel Towarzystwa Akcyjnego Pabjanickiego p. Rosner wypowiedział rzecz p. t.: **Kilka uwag o leczeniu fosforem** (rzecz nie nadaje się do streszczenia).

W dyskusyi przemawiali koledzy: Fidler, Petrzyński, Ryl oraz prelegent.

Pamięci Teodora Ernesta Hamy.

Koniec r. z. przyniósł kilka niepowetowanych strat Francyi, a razem z nią i wszechświatowej nauce. Mam tu na myśli śmierć jednego z wybrańców nauki, Teodora Ernesta Hamy. Był on kontynuatorem prac długiego szeregu znamienitych przyrodników z Muzeum historyi naturalnej w Paryżu, którzy w znacznej części, jak i Hamy, z wykształcenia lekarze, podtrzymywali zasłużoną tradycyę stanu lekarskiego, uprawiającego nietylko wiedzę fachową, lecz od czasu do czasu wydającego z pośród siebie i takich, którzy przodowali w nauce ścisłej, zgłębiając tajemnice przyrody.

Hamy urodził się w Boulogne-sur Mer w r. 1842. Początkowo studyuje medycynę i w r. 1868 uzyskuje doktorat. Zawód praktycznego lekarza nie zadowalnia go, oddaje się więc studyom teoretycznym. W r. 1869 bawi w Egipcie podczas otwarcia kanału Suezkiego, poświęcając się archeologii przedhistorycznej, a wróciwszy, oddaje się z całym młodzieńczym zapałem wiedzy, wówczas tylko co rozkwitającej, antropologii, pracując pod kierunkiem chirurga Broca, jako asystent, razem z naszym znakomitym ziomkiem, ś. p. Drem Teofilem Chudzińskim. Z tego okresu życia Hamy zasługują na uwagę monografie: »O ości nosowej«, »O proporcyach kończyn górnych, względnie do wieku i płci«, »O rozwoju zrazów mózgowych u prymatów« i t. d. W r. 1870 wydaje »Materyały do paleontologii człowieka«, które zwracają uwagę świata uczonego i Hamy w r. 1872 zostaje mianowany asystentem Quatrefages'a w Muzeum historyi naturalnej. Instytutu tego Hamy już do śmierci nie opuszcza; tu pracuje jako uczony, a następnie wykłada jako profesor.

Znaczną część prac wydaje Hamy w Muzeum wespół z Quatrefages'em. Kraniologia, stworzona w Niemczech przez Blumenbacha, rozwija się we Francyi dzięki Broca w osobną gałąź wiedzy; dla niej Quatrefages i Hamy ustanawiają pewne prawa, na których opierają cechy, charakteryzujące rasy ludzkie. Wielką pracą wymienionych autorów, uważaną za fundamentalną w badaniach tego rodzaju, jest »Crania ethnica« (1873—1882). Z niej to osiągnęliśmy wiadomości o anatomicznej budowie pierwotnych ludów Europy: Celtów, Germanów, Liguryjczyków i Kimbrów. Uczeni ci systematycznie ugrupowali ludność zachodniego śródziemno-morskiego basenu z czasów przedhistorycznych i późniejsze antropologiczne charaktery narodów spółczesnych, odziedziczone po mieszkańcach pierwotnych i tych ludach napływowych, które na podobieństwo wezbranych fal zalewały ze Wschodu zachodnią Europę. Nie mniejsze zasługi położyli ci badacze przez studya nad ludnością Laponii, Chińskiego Turkestanu, Melanezyi, Afryki środkowej i Ameryki.

Polegając na wynikach swych badań antropologicznych, Quatrefages i Hamy dla oznaczenia pierwiastków, składających narodowość, dzielili ją na grupy etniczne, przyjmując za podstawę charaktery życia socyalnego każdego z nich, w związku z pierwiastkami fizyologicznymi, wpływami klimatu i otoczenia aż do danych lingwistycznych i archeologicznych. Ze względu na znaczenie, jakie mają w tych badaniach prace Hamy, może on być uważany za twórcę etnologi. Bardzo liczne w tym zakresie prace jego, rozsiane w »Bibliotece etnologicznej«, przez niego wydawanej, przekonują nas o oryginalności jego umysłu. Te same cechy mają opisy jego licznych podróży, jak i badania starożytnych szczątków ludzkich w południowym Tunisie i t. d. Uwieńczeniem prac etnograficznych Hamy jest stworzone przez niego wspaniałe Muzeum Trocadero. W sprawach, dotyczących ludów pierwotnych Nowego Świata, ich pomników dziejów historycznych i cywilizacyi, Hamy uchodził za największego znawcę. Wogóle obejmował on w badaniach swych ludzkość od czasów pierwotnych do pierwszych przebłysków cywilizacyi, przechodząc z prahistoryi do czasów historycznych, obejmując tak cechy fizyczne, jakoteż duchowe, lingwistykę, folklor, ogromny zakres wiedzy ludzkiej, historyę z geografią. Opisywał on dzieje odkryć w starożytnym i nowym świecie, wydawał mapy żeglarzy; w biografiach wielkich podróżników XVI i XVII w. przedstawił ciche zawojowanie świata przez naukę geografii, co cywilizacya zawdzięcza rasie romańskiej.

Wielkie zasługi Hamy zyskały mu szeroką popularność w świecie naukowym, czego dowodem był wybór na członka Akademii paryskiej, Akademii lekarskiej i innych instytucyi i towarzystw naukowych Francyi. Umierając, był prezesem paryskiego Towarzystwa geograficznego, Towarzystwa badaczy Ameryki, francuskiego Towarzystwa historyi medycyny i paryskiego Towarzystwa antropologicznego. Oprócz tego przewodniczył Hamy w r. 1906 na Zjeździe antropologii i archeologii przedhistorycznej w Monaco i na innych zjazdach naukowych. Wyróżniał się on nietylko ogromną wiedzą i nadzwyczajną erudycyą, lecz i wielką przystępnością i uprzejmością; nie odmawiał nikomu chętnej pomocy i rady, słynął jako człowiek wielkich zalet i wyjątkowej dobroci.

J. Talko-Hryncewicz.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zach.-galic. i Prezydyum Związku krajowego lekarzy wzywają ponownie wszystkich P. T. Kolegów, by o posadę lekarza przy Kasie chorych uczniów krawieckich w Krakowie się nie ubiegali, ani też posady w tejże kasie nie przyjmowali.

Dr Schoengut mp., *Dr Ackermann* mp., *Dr Damski* mp.

Z organizacyi lekarzy powiatu chrzanowskiego. Do zarządu organizacyi zostali wybrani: Prezesem Dr Alfred Berggrün z Chrzanowa, wiceprezesem Dr Kazimierz Dobrzyński z Trzebini, sekretarzem Dr Kazimierz Woynarowski z Chrzanowa; do komisyi kontrolującej Dr Oskar Hochbaum z Chrzanowa i Dr Kazimierz Miszke z Jaworzna, do komisyi dla umów Dr Józef Bednarski z Alwerni, Dr Kazimierz Budzyński z Jaworzna i Dr Jan Walkowski z Krzeszowic, delegatem na zgromadzenia Związku lekarzy Dr Józef Bednarski.

„Pomoc koleżeńska“ w Poznaniu liczy obecnie 152 członków, przewodniczącym jest Dr Heliodor Święcicki, sekretarzem Dr Pomorski, skarbnikiem Dr Krysiewicz, nadto należą do zarządu Dr Krzyżagórski i Radojewski. W roku 1908 udzielono 8 wsparć w łącznej kwocie 1640 marek, w ciągu zaś 13 lat istnienia Towarzystwa wydano na wsparcia 10.960 marek. Dochody wynosiły w roku 1908 2859,91 marek, wydatki 2404 marki. Fundusze żelazne wynoszą 15,074,31 marek. Sprawozdanie, przedstawione na Walnem Zebraniu 6-go marca b. r., zawiera ciekawą statystykę udziału lekarzy polskich w Poznańskiem w Towarzystwach lekarskich, Towarzystwach ubezpieczeń i t. d. Na 145 lekarzy, którzy w tym względzie podali wiadomości, nie należy do żadnego towarzystwa naukowego 37, a do żadnego towarzystwa ubezpieczeń na życie 43. »Nowiny lek.« 4). *R.*

W Izbie lekarskiej poznańskiej wybrano do zarządu z Polaków Dra Wróblewskiego. W r. 1908 odbył sąd honorowy poznański 3 posiedzenia, na których załatwiono 34 spraw; kara pieniężna wynosiła najwyżej 150 marek (w całych Prusiech nałożyły sądy honorowe w r. 1908 wśród 118 wyroków 59 grzywien, dochodzących do 2000 marek). Majątek Izby poznańskiej z końcem roku 1908 wynosił 11.707 marek. Komisya ugodowa Izby, do której z Polaków należy Dr Pomorski, załatwiła 22 spraw (Nowiny lek. 4). *R.*

Opłacanie pośredników przez lekarzy berlińskich, postawione pod pręgierz opinii przez Towarzystwo lekarskie w Berlinie — Schönebergu, nabiera coraz większego rozgłosu i od paru już tygodni nie schodzi z łamów niemieckiej pracy lekarskiej i politycznej. Niejaki dr Lipliawski i dr Weisbein założyli w Berlinie »rosyjskie biuro porad lekarskich«, które podobno przez swych agentów wyławiało chorych, przybywających z Rosyi, aby oddając ich z rąk do rąk — jaknajwięcej wyzyskać. W brudy te zamieszani byli podobno nawet niektórzy profesorowie uniwersytetu. Sprawa ta do dziś dnia nie jest dostatecznie wyjaśniona, choć leżałoby to w interesie całego stanu lekarskiego. Na razie, oprócz spraw sądowych między kilku lekarzami o oszczerstwo, wywołała ona ze strony prof. Senatora protest przeciw czynionym mu zarzutom, jakoby opłacał faktorów, oraz dochodzenie dyscyplinarne przeciw szeregowi lekarzy ze strony Izby lekarskiej i Rady honorowej uniwersytetu. *R.*

Z dziejów partactwa w Niemczech. Przeciwko »cudownemu lekarzowi«, pastorowi Felkemu, wytoczyła prokuratorya proces, albowiem udowodniono, że u chorego, który cierpiał na zapalenie wyrostka robaczkowego i w 3 dni umarł, rozpoznał Felke »z oczu« zapalenie wątroby i polecił środki homeopatyczne, okłady z gliny i lodowe kąpiele. Mimo, że znawcy dowiedli, iż odpowiednia opieka lekarska i wczesna operacya mogły chorego uratować, sąd w Cleve uwolnił Felkego od winy i kary, ponieważ partacz ten na odpowiednich tablicach »udowodnił«, że prawie na pewno można »z oczu« chorobę rozpoznawać, albowiem »źrenica pozostaje zapomocą nerwów współczulnych w ścisłym związku z narządami wewnętrznymi«! *X.*

Sprawę dostawy zdrowego mleka do miast omawiano na posiedzeniu Tow. lek. (15/XII) w Lipsku. Eber podniósł, że przed odkryciem tuberkuliny liczono średnio częstość gruźlicy u bydła na 8—10%. Obecnie po wprowadzeniu szczepień tuberkuliną, przekonano się, że niemal 80—90% bydła oddziaływa na tuberkulinę. Gdybyśmy usunęli wszystkie oddziaływające krowy, wtedy o mleko byłoby trudno. Na szczęście badania wykazują, że głównem źródłem zakażenia mleka jest tylko gruźlica wymion i gruźlica otwarta. W krajowej stajni rasowej odbywa się co miesiąc szczegółowe kliniczne badanie krów, a potem badanie bakteryologiczne mieszaniny ogólnej mleka. Zapomocą doświadczeń na zwierzętach okazało się, że kontrola ta jest wystarczająca i raz tylko wydarzyło się, że próba zawierała prątki, mimo, że krowy przy badaniu uznano za zdrowe. Dla niemowląt jednak powinno się używać mleka ile możności od krów nie oddziaływających na tuberkulinę. Riedemann podniósł, że mleko używane specyalnie dla niemowląt, powinno mieć odpowiednią markę urzędową. Według Hohlfelda przez badanie cena mleka podniosłaby się i H. sądzi, że litr wypadłby na 60 fenigów. Soltmann zwrócił uwagę, że producenci stosujący się do przepisów i poddający mleko badaniu, będą mogli żądać wyższych cen za mleko. Z pewnością każda rodzina chętnie ofiaruje przez te kilka tygodni dla dziecka i 60 fenigów dziennie, skoro będzie mieć pewność, że mleko dostanie napewno dobre. Badania mleka na targach nie mają wielkiej wartości, jedynie wykryć tu można zafałszowania, a stan chorobowy chyba wtedy, gdy, jak to podał Seiffert, w mleku znajduje się prawie $^1/_5$ zawartości ropy. *A.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków.	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca lutego 1909	452,952	246,100
W lutym 1909	2,500	7,000
Razem	455,452	253,100

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23. III. do 3. IV. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Mołotków 10, Markowa 5, Biłków 3, Kryczka 3), Buczacz (Zadarów 2), Czortków (Panszówka 1, Bazar 5), Horodenka (Hawrylak 5, Targowica 4, Czortowiec 2, Głuszków 2, Niezwiska 7), Jaworów (Sarny 2, Lubienie 3), Kamionka (Kamionka 1), Kolbuszowa (Trzeboś 2), Kołomyja (Słobódka polna 9, Siemakowce 6, Gwoździec stary 7), Mościska (Czerniawa 1, Małnów 5), Przemyśl (Przemyśl 1, Miżyniec 1), Rawa (Ulhówek 3), Skałat (Hlebów 2, Kołodziejówka 1, Poznanka hetm. 2), Śniatyn (Trościaniec 10), Stanisławów (Chomiaków 9), Stryj (Korostów 1), Tarnopol (Kozówka 2), Żółkiew (Mosty wielkie 5), Zborów (Jarczowce 2). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 28. III. do 3. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 4, płonicy 14 † 1 (w tem obcych 1 † —) odry 1, duru brzusznego 3 † 1 (1 † —), nagminnego zapalenia opon 2 † 2 (— † 1). *Dr Kiełanowski.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. III. do 3. IV. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 12 † 2 (w tem obcych 5 † 2), ospy 6 (1), płonicy 3 (1), gorączki połogowej 1 (1), nagminnego zapalenia opon 1 (1), jaglicy 20 (18). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 14. III. do 20. III. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 4, odry 1, płonicy 8, róży 7, duru osutkowego 50 † 3, duru brzusznego 11 † 3, duru powrotnego 10, błonicy 2, grypy 6. (*Gaz. lek.* 14).

Wiadomości bieżące.

Kraków. W Zakopanem ma się odbyć z inicyatywy Dra Żychonia ankieta w sprawie potrzeb i zadań Zakopanego, jako całorocznej stacyi klimatycznej.

— W Zakopanem zamierza urządzić miejscowa sekcya Tow. lek. gal. w lecie r. b. wystawę balneologiczną, połączoną ze zjazdem balneologicznym. Wiadomości udziela Dr Żychoń.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Lucyan Gruszczyński z Królestwa Polskiego.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. odbył d. 23 marca 1909 posiedzenie, na którem wydano przychylną opinię w sprawie koncesyi na aptekę, uchwalono zwrócić się do Wydziału krajowego o informacye, jakie stanowisko mają zająć lekarze okręgowi wobec sprzeczności między obowiązującą ustawą o zabezpieczeniu urzędników prywatnych a niesankcyonowaną

jeszcze ustawą krajową o emeryturach dla lekarzy okręgowych, i do Koła polskiego z prośbą o przyspieszenie sankcyonowania tej ustawy krajowej, dalej uchwalono wnieść rekurs przeciw rozporządzeniu Namiestnictwa, znoszącemu uchwały Izby w sprawie Kasy chorych w Drohobyczu, a wreszcie odczytano pismo wydziału Kasy chorych lekarzy w sprawie postępowania jednego z członków Towarzystwa.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 3/IV 1909 sprawą koncesyi na drogueryę, uchwaliła poprzeć podanie o subwencyę »Domu Zdrowia izr. uczącej się młodzieży« w Szczawnicy, rozpatrywała rekurs lekarza od wyroku Rady honorowej, wydała opinię w sprawie »Elementarza higienicznego«, wreszcie przyjęła wnioski, które będą przedstawione władzom, jako wynik sprawozdania Rady za r. 1907.

— W klinice położniczo-ginekologicznej lwowskiej wakuje od dnia 1 maja 1909 posada asystenta klinicznego. Podania należy wnosić do dziekanatu Wydziału lekarskiego we Lwowie do dnia 25 kwietnia b. r.

— Dyplom doktorski uzyskali: pani Marya Zofia Oktawia Pogonowska, rodem ze Lwowa, pp. Jan Saphier, rodem z Brzeżan i Samuel Lehm, rodem ze Lwowa.

— Towarzystwo ratunkowe wydało sprawozdanie za rok 1907 i 1908. W roku 1907 wzywano pogotowie 6410 razy, w 1906 6868 (od założenia w roku 1893 udzielono pomocy w 57.571 przypadkach). Główną rubrykę stanowiły jak zwykle przypadki chirurgiczne. Służbę lekarską w dzień pełniło 8 lekarzy, zmieniając się co $1^1/_2$ godziny, nocną służbę zawsze jeden tylko lekarz. Personal lekarski i dobrze wyuczona służba sanitarna były doskonałe. Pod względem materyalnym Towarzystwo znajduje się w warunkach bardzo trudnych. W roku 1907 przy obrocie 17.531 koron pozostało jako nadwyżka tylko 14 koron. W r. 1908 przy obrocie 15.494 koron pozostał niedobór kasowy 943 koron. Główną przyczyną trudności finansowych jest obojętność społeczeństwa, gdyż mimo nieco żywszego zainteresowania się Pogotowiem w latach ostatnich, przynoszą wkładki członków i dary Towarzystwu tylko około półpięta tysiąca koron rocznie. Zarząd miejski dostarcza Pogotowiu lokalu, koni i wspiera je kwotą 6315 koron rocznie. Sejm mimo wnoszonych petycyi, popiera Towarzystwo kwotą tylko 600 koron rocznie, takąsamą, jak przed laty 12. Prezesem Towarzystwa jest Dr Edward Stroynowski, sekretarzem był do końca końca roku 1908 Dr Karol Haisig, który ustępuje, poświęciwszy Towarzystwu 10 lat pracy.

— Sekcya samborsko-drohobycka Towarzystwa lekarzy gal. odbędzie się 8 kwietnia 1909 posiedzenie w Drohobyczu, na którem prof. Dr Kučera ze Lwowa będzie miał wykład p. t.: »Pogląd na fakta i teorye w nauce o odporności«.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego znajdowały się m. i.: »Wspomnienie pośmiertne i ocena działalności naukowej ś. p. T. Dunina« przez sekretarza Towarzystwa doc. Wł. Janowskiego; »Spostrzeżenia nad jajami podwójnemi bez blastoderm« p. J. Tura.

— Kierownictwo oddziału ś. p. Dunina w szpitalu Dz. Jezus powierzono najstarszemu z jego asystentów, Dr Leonowi Butkiewiczowi.

— W Warszawie organizuje się drugie Towarzystwo dentystyczne.

— W ostatnich dniach września lub z początkiem października odbyć się ma w Warszawie 3-dniowy Zjazd neurologiczno-psychiatryczny.

— Wkrótce zacznie wychodzić pod redakcyą Dra B. Dębińskiego z Warszawy i Dra Seweryna Sterlinga z Łodzi czasopismo p. t. »Gruźlica«.

— Według orzeczenia komisyi, utworzonej przez magistrat warszawski dla sprawy szkoły felczerskiej, kosztowałaby szkoła rocznie 15.000 rb. i musiałaby mieć prawo korzystania z klinik uniwersyteckich, a miasto mogłoby objąć szkołę, gdyby rząd dostarczał na nią przynajmniej 14.000 rb. rocznie.

Z różnych stron. W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu został ogłoszony konkurs na zajęcie katedry higieny i policyi lekarskiej. Termin podań do 17 kwietnia st. st. (30/IV).

— Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie otrzymało od pp. Stanisławowstwa Syroczyńskich 40.000 rbs. na fundusz założenia w Kijowie szpitala dla ludności katolickiej. Na razie odsetki od ofiarowanej sumy przeznaczono na utrzymanie jednego łóżka przy lecznicy prywatnej.

— Uniwersytet w Saratowie zostanie otwarty w jesieni r. b. i składać się będzie zrazu tylko z Wydziału lekarskiego. Rektorem mianowany został chirurg Prof. Rasumowskij z Kazania.

Mianowani: asystent U. J. Dr Nelken asystentem kantonalnego zakładu obłąkanych w Zurichu; Dr Jan Landau asystentem kliniki neurologiczno psychiatrycznej U. J.

Zmarli: Dr Henryk Dowiakowski w Hrybkach na Podolu w 73 r. ż.

Redakcya otrzymała: Wiczkowski: O polyserositis. Odb. »Tyg. lek.« 1909. — Sprawozdanie lwowskiego Towarzystwa ratunkowego za r. 1907 i 1908. Lwów 1909. — Giedroyć: Nauka o chorobach wenerycznych w piśmiennictwie polskiem. Odb. »Przegl. chor. skór. i wen.« 1908/9. — Spira: A contribution to the treatment of acute catarrh of the nose. »Journ. of Laryng. Rhin. etc.« 1909. — Krokiewicz: 1) Über die konjunktivale Tuberkulinreaktion. 2) Über die Behandlung der Tuberkulose. Odb. »Wiener klin. Woch.« 1909. 3) Konjunktivale Tuberkulin reaktion bei Krebskranken. Odb. »Wiener klin. ther. Woch.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

1) **Almateina**, przetwór wydobyty przez dra Lepetita z hematoksyliny pod działaniem formaldehydu, posiada własności przeciwgnilne, ściągające i pobudzające ziarninę, nadaje się do stosowania zewnętrznego i wewnętrznego, w postaci proszku, 10% gazy, 20% maści i pastylek po 0,5 g.

Neralteina, również przez Dra Lepetita otrzymany paraaetoxy-phenylamido-metanowy siarczan sodu, w wodzie rozpuszczalny środek przeciwgorączkowy i kojący ból, wreszcie środek przeciw rwie i gośćcowi. Nie działa drażniąco, nie wpływa niekorzystnie na serce. Wpływa korzystnie przy bolesnem miesiączkowaniu. Bywa sprzedawana w postaci pastylek po 0,5 g.

Oba powyższe przetwory wyrabia firma: Lepetit, Dollfus et Gansser, Medyolan—Wiedeń. *W.*